

Reflexividade na pesquisa antropológica em saúde

Desafios e contribuições
para a formação
de novos pesquisadores

Jaqueline Ferreira
Elaine Reis Brandão
(organizadoras)

EDITORA



UnB



Pesquisa,
Inovação
& Ousadia



Universidade de Brasília

Reitora : Márcia Abrahão Moura
Vice-Reitor : Enrique Huelva

EDITORA



UnB

Diretora : Germana Henriques Pereira

Conselho editorial : Germana Henriques Pereira (Presidente)
: Fernando César Lima Leite
: Beatriz Vargas Ramos Gonçalves de Rezende
: Carlos José Souza de Alvarenga
: Estevão Chaves de Rezende Martins
: Flávia Millena Biroli Tokarski
: Jorge Madeira Nogueira
: Maria Lidia Bueno Fernandes
: Rafael Sanzio Araújo dos Anjos
: Sely Maria de Souza Costa
: Verônica Moreira Amado

EDITORA



UnB

Reflexividade na pesquisa antropológica em saúde

Desafios e contribuições
para a formação de novos
pesquisadores

Jaqueline Ferreira
Elaine Reis Brandão
(organizadoras)



Pesquisa,
Inovação
& Ousadia

	Equipe editorial
Coordenação de produção editorial	Luciana Lins Camello Galvão
Preparação e revisão	Denise Silva Macedo
Projeto gráfico	Wladimir de Andrade Oliveira
Diagramação	Haroldo Brito
	© 2020 Editora Universidade de Brasília
	Direitos exclusivos para esta edição: Editora Universidade de Brasília
	SCS, quadra 2, bloco C, nº 78, edifício OK, 2º andar, CEP 70302-907, Brasília, DF Telefone: (61) 3035-4200 Site: www.editora.unb.br E-mail: contatoeditora@unb.br
	Todos os direitos reservados. Nenhuma parte desta publicação poderá ser armazenada ou reproduzida por qualquer meio sem a autorização por escrito da Editora.
	Esta obra foi publicada com recursos provenientes do Edital DPI/DPG nº 3/2019.

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Central da Universidade de Brasília

R332 Reflexividade na pesquisa antropológica em saúde : desafios e contribuições para a formação de novos pesquisadores / Jaqueline Ferreira, Elaine Reis Brandão (organizadoras). - Brasília : Editora Universidade de Brasília, 2021. 288 p. ; 23 cm. - (Pesquisa, inovação & ousadia).

Inclui bibliografia.
ISBN 978-65-5846-007-7

1. Etnografia. 2. Antropologia da saúde. 3. Saúde coletiva. I. Ferreira, Jaqueline (org.). II. Brandão, Elaine Reis (org.). III. Série.

CDU 39:61

Sumário

Prefácio 9

Claudia Fonseca

Referências **14**

Apresentação

Tradição e perspectivas sobre a reflexividade em pesquisas etnográficas em saúde 15

Elaine Reis Brandão e Jaqueline Ferreira

1. Inquietações no ensinar e no fazer etnografias em saúde **15**
 2. Sobre os percursos da etnografia no campo da saúde **19**
 3. Situando a reflexividade na pesquisa etnográfica **24**
 4. Os discursos sobre a alteridade na antropologia **26**
 5. A escrita etnográfica **30**
 6. Experiências reflexivas: temas e questões bons para pensar **33**
- Agradecimentos **39**
- Referências **40**

Parte I

Revisitando trajetórias reflexivas de pesquisa no campo da antropologia da saúde

Capítulo 1

Antropologia, dissonância ética e a construção do objeto 49

Sylvie Fainzang

1. Uma etnografia da mentira: entre a ética e a epistemologia **51**
 2. Etnografia da poligamia: um assunto ético? **59**
 3. Discussão **63**
- Conclusão **67**
- Referências **68**

Capítulo 2

Por uma antropologia do cuidado: reflexões em torno de um percurso de pesquisa **73**

Francine Saillant

1. Reflexividade, teoria, ciência, política **76**
 2. O percurso em direção a uma antropologia do cuidado **83**
 3. A alteridade no cuidado **88**
- Conclusão **92**
Referências **93**

Parte II

Percursos para uma etnografia reflexiva: experiências subjetivas no trabalho de campo de jovens pesquisadoras na saúde coletiva

Capítulo 3

Emoções na pesquisa etnográfica: dilemas e desafios de pesquisadoras em campo **99**

Renata de Moraes Machado, Nathalia Ramos da Silva e Rachel Aisengart Menezes

1. Introdução **99**
 2. Dupla identidade do pesquisador e emoções no campo **103**
 3. Emoções e ética **110**
- Considerações finais **116**
Referências **118**

Capítulo 4

Entre vergonhas, surpresas e perturbações: a carreira de pesquisa em uma instituição de tratamento para o alcoolismo **123**

Fernanda Vecchi Alzuguir

1. Introdução **123**
 2. A carreira moral e a pesquisa etnográfica na Unidade de Alcoolismo: definindo o objeto e o referencial de análise **126**
 3. Definindo um lugar, me definindo **131**
 4. A vergonha na cena do tratamento **137**
- Considerações finais **145**
Referências **146**

Capítulo 5

Quando a antropologia entra na escola procurando pela saúde: o fenômeno vacinal do HPV à luz da reflexividade em pesquisa **149**

Natália Almeida Bezerra e Soraya Fleischer

1. Encontrando um tema de pesquisa sobre saúde **149**
 2. Definindo um campo de pesquisa sobre saúde **153**
 3. Construindo relações de pesquisa com adolescentes em uma escola **157**
 4. Lidando com os papéis recebidos na pesquisa: fotógrafa, nova professora, estagiária, filha da professora **162**
 5. Lidando com os papéis propostos à pesquisa: a antropóloga visual **167**
 6. Ponderando sobre questões ético-metodológicas **172**
- Sinalizando comentários finais **176**
- Referências **178**

Capítulo 6

Uma etnografia encarnada: imagens e identidades corporais de um pesquisador em uma academia de ginástica **183**

Alan Camargo Silva

1. Considerações iniciais **183**
 2. Etnografia encarnada: percurso reflexivo **185**
 3. Corpo e identidades: notas sobre a experiência etnográfica **188**
 4. Juventudes, masculinidades e heteronormatividade em xequê **190**
 5. Classes sociais, escolaridade, ocupação profissional: marcadores distintivos **194**
 6. Corpos brancos e negros e suas distinções **200**
 7. À guisa de conclusão: o etnógrafo em campo e corpo como dado inerente à pesquisa na contemporaneidade **202**
- Referências **203**

Capítulo 7

“Ah! Você entende, né?!” Proximidades e distanciamentos na pesquisa com adolescentes em tratamento para anorexia nervosa 209

Priscila da Silva Castro

1. Introdução **209**
 2. Fazer antropologia em serviço público de saúde **211**
 3. Sobre não ser uma nutricionista em campo **212**
 4. Adolescentes: indivíduos ou grupos vulneráveis? **214**
 5. A pesquisadora: uma estranha na equipe de saúde? **215**
 6. O delicado/difícil lugar da família **220**
 7. Aproximação ao sofrimento das adolescentes **223**
- Considerações finais **227**
- Referências **229**

Capítulo 8

Das políticas públicas às práticas de atenção à saúde das pessoas com hanseníase: experiências e reflexões em torno da negligência 233

Lidiane Mara de Ávila e Silva

1. A hanseníase em Mato Grosso: negligência como problema de saúde pública **236**
 2. A construção do campo em uma etnografia multissituada **238**
 3. Lugares e olhares na pesquisa etnográfica: a circulação entre a desconfiança e a benevolência **247**
- À guisa de conclusão **254**
- Referências **256**

Capítulo 9

Inserções em campo e voluntariado no estudo de comunidades terapêuticas no sul do Brasil 259

Priscila Farfan Barroso e Daniela Riva Knauth

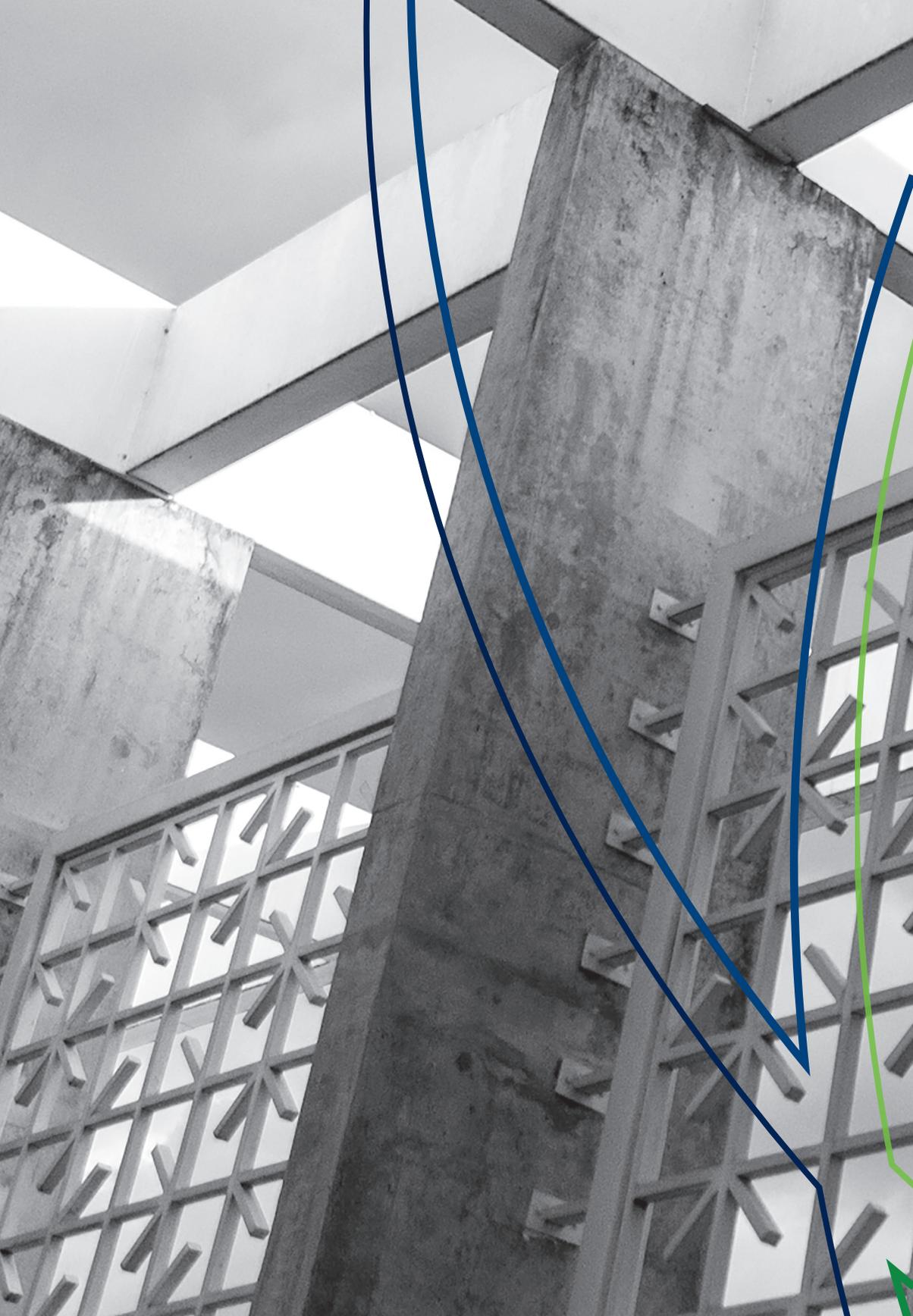
1. Introdução **259**
 2. Entrando em um labirinto **263**
 3. Voluntariado e pesquisa de campo **273**
- Referências **278**

Sobre as autoras e o autor 283



Parte II

**Percursos para
uma etnografia
reflexiva:
experiências
subjetivas
no trabalho
de campo
de jovens
pesquisadoras
na saúde
coletiva**





3

Capítulo 3

Emoções na pesquisa etnográfica: dilemas e desafios de pesquisadoras em campo

Renata de Morais Machado
Nathalia Ramos da Silva
Rachel Aisengart Menezes

1. Introdução

Na pesquisa e no trabalho de campo etnográfico, por vezes, o pesquisador vivencia uma emergência de emoções, sobretudo, ao se tratar de investigação associada aos processos de saúde/doença, de sofrimento



e de vida/morte. Neste artigo desenvolvemos uma reflexão acerca dos desafios enfrentados pelo pesquisador no campo, tanto no contato com as próprias emoções quanto com aquelas dos investigados. Acrescenta-se um dado: ao tratar-se de investigação na área da saúde coletiva, pode ocorrer também que o pesquisador seja profissional de saúde, com formação e com conhecimentos técnicos em determinada área da saúde, de modo a configurar uma dupla identidade.

As emoções constituem tema de reflexão nas ciências sociais. Em *As formas elementares da vida religiosa*, Durkheim (1996) analisa as emoções como consequência da coerção da sociedade sobre o indivíduo. É com o artigo “A expressão obrigatória dos sentimentos”, de Mauss (1979), que as emoções passam a ser enfocadas com base em uma articulação entre sociedade e indivíduo (COELHO; REZENDE, 2011). Na acepção do autor, a expressão de emoções teria valor simbólico, uma vez que funciona como uma linguagem capaz de transmitir, para os outros e para si, o que se sente. É nessa perspectiva que as emoções devem ser observadas durante o processo de pesquisa, devido à sua influência facilitadora ou inibitória na entrada do pesquisador em campo, na coleta e na análise de dados (CAPRARA; LANDIM, 2008).

Uma das mais tradicionais premissas das ciências sociais é a necessidade de uma distância mínima que garanta, ao investigador, condições de objetividade em seu trabalho. Assim, o pesquisador deve observar a realidade com olhos imparciais, evitar envolvimento passíveis de conduzir seus julgamentos e/ou conclusões a distorções. Esse movimento de relativizar as noções de distância e de objetividade possibilita, por um lado, uma atitude de modéstia e de humildade no que concerne à produção de conhecimentos. Entretanto, por outro lado, também possibilita observar o familiar, estudando tal contexto no que tange à impossibilidade de resultados imparciais e neutros.

Descrever o Outro com presumida neutralidade, sem emitir valores pessoais nem esclarecer o processo de intercâmbio de experiências entre pesquisador e nativos é assumir a crença na objetividade do cientista. O que está em jogo durante a pesquisa é tanto a contenção e o controle da expressão dos sentimentos do pesquisador no campo quanto

o uso de suas emoções na elaboração da análise e do texto (GOMES; MENEZES, 2008).

Crapanzano (2010) alerta sobre o risco presente em todo trabalho de campo, devido ao conflito inerente entre estar aberto ao novo e a limitante lealdade às próprias orientações, aos próprios valores e preconceitos. Uma vez que o trabalho de campo é sempre interpessoal e interlocutório, esses momentos percebidos com estranhamento (apesar do risco que implicam ao campo) podem ser as vias de descobertas etnográficas, se não forem ignorados. O autor enfatiza a ideia de que o campo acontece, desenrola-se e se desenvolve no encontro, condição que implica um processo contínuo de negociações das perspectivas entre o pesquisador e os sujeitos observados. Assim, a etnografia é um processo de tradução da experiência subjetiva do investigador em formulações teóricas.

Na antropologia é frequente o relato sobre as experiências dos entrevistados como objeto de estudo, devido à sua capacidade abrangente diante de fenômenos complexos. Segundo Luhmann (2010), inclinações psicológicas e corporais influenciam o modo como os investigados usam e entendem os modelos culturais. A autora considera vantajoso que o pesquisador analise suas próprias inclinações, uma vez que elas moldarão a forma como a cultura em campo será apreendida por ele. Assim, as inclinações do investigador não são entendidas como um problema para a pesquisa, contanto que ele reconheça a possibilidade de surgimento de impactos na abordagem de determinados temas ou situações. Nas palavras de Roberto DaMatta, “o elemento que se insinua no trabalho de campo é o sentimento e a emoção. Estes seriam, para parafrasear Lévi-Strauss, os hóspedes não convidados da situação etnográfica” (DAMATTA, 1978, p. 7).

O investigador vai a campo motivado por uma questão que lhe é particular: sua presença não é requisitada pelos indivíduos pesquisados. Nessa perspectiva, o trabalho de campo é uma violação do espaço e da intimidade dos indivíduos, de modo que o pesquisador deve buscar estabelecer um processo de aceitação. Nesse sentido, Crapanzano (2010) afirma a importância de não se ignorar nem de se esquecer do ato de violação inerente à pesquisa de campo, uma vez que o resultado

da pesquisa depende desse encontro – que é sempre único – e do modo como os dados são coletados.

Em estudos na área da saúde coletiva, é frequente que o pesquisador seja um profissional de saúde que atua na mesma instituição em que empreende a observação e as entrevistas. A pesquisa pode ser tanto no mesmo setor em que trabalha quanto em outro setor ou função, como foi o caso da investigação desenvolvida por Gomes (2017). Psicóloga concursada do Instituto Nacional do Câncer José de Alencar Gomes da Silva, lotada no Hospital do Câncer II (HC II/Inca), dedicado ao câncer ginecológico (útero, ovário e mama), ao decidir empreender pesquisa no mesmo hospital em que atuava profissionalmente, teve dúvidas acerca do distanciamento necessário em relação às suas ideias prévias sobre o setor. Por um lado, sua intenção foi que tais imagens e representações não se tornassem pontos cegos na coleta de dados e na análise. Por outro lado, como a investigação foi realizada no próprio local de trabalho, Gomes (2017) considera que essa inserção não ocorreu pela presença indesejada, mas pela quebra de cumplicidade em relação aos valores e às metas de sua inserção na instituição. Portanto, os colegas de trabalho e os pacientes passaram a ter outra identidade, assim como a própria psicóloga, transformada em pesquisadora. Nesse aspecto, eles foram tomados como objetos e como sujeitos da investigação (GOMES, 2017).

A observação do familiar (VELHO, 2004) e o desafio da proximidade (VELHO, 2003) são situações que se apresentam com frequência ao se tratar de investigação efetuada por profissional de saúde. A violação e o estranhamento, condições estruturantes de qualquer estudo etnográfico, devem consistir em objeto que merece receber especial atenção da parte do pesquisador. Assim, é possível indagar acerca da situação de uma médica, chefe de unidade de terapia intensiva pediátrica (DUARTE, 2010),¹ que empreendeu observação participante no mesmo

¹ Na dissertação de mestrado sobre o cuidado em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica, Duarte (2010) explicita sua mudança de identidade na frequência ao setor, como observadora. Sobre o estudo, ver também Duarte e Moreira (2011).

setor hospitalar em que exercia o cargo de chefia médica. Sua escolha foi solicitar um afastamento formal do cargo de chefia, para passar a ser apenas uma observadora no setor. Trata-se de um delicado exercício, que demanda não somente uma profunda capacidade de observar, como uma abertura para novos horizontes de leitura e de interpretação dos dados coletados. Para além de tais aspectos, é possível indicar um desafio intimamente vinculado à própria identidade profissional no que concerne às normas que regem a atuação da categoria médica: a ação. Com base na hipótese de que uma atitude de algum observado possa ser considerada inadequada pela médica/observadora, pergunta-se: quais os limites éticos de intervenção do pesquisador no campo, sobretudo, ao tratar-se de profissional de saúde? A seguir, apresentamos situações vivenciadas pelas autoras no trabalho de campo, analisadas sob a perspectiva de uma produção bibliográfica dedicada ao exercício da reflexividade em pesquisas etnográficas.

2. Dupla identidade do pesquisador e emoções no campo

Local: unidade de tratamento intensivo (UTI) de hospital público universitário da cidade do Rio de Janeiro. A pesquisadora empreendia etnografia no setor, com foco sobre o processo de tomada de decisões médicas. Em certa ocasião, observava uma reunião da equipe médica com os familiares dos internados, para informar o estado dos pacientes, seu prognóstico, próximas providências e possíveis decisões. Uma médica da unidade solicita que a mãe de uma paciente permaneça na sala após o término da reunião, quando comunica que sua filha de 17 anos, internada há poucos dias, recebeu o diagnóstico de morte encefálica naquele dia. A médica explica o que deverá acontecer com a jovem e menciona a possibilidade de doação de suas córneas. Pede que a mãe (que está sozinha) pense na ideia e, caso decida positivamente, que assinie a autorização. A senhora treme e chora de modo contido. Ao perceber o choro, rapidamente a médica se levanta da cadeira e oferece à mãe uma medicação ansiolítica. A mãe agradece, diz não ser necessário,

pois já tomara seus remédios de pressão antes de sair de casa. Afirma: “só quero me despedir da minha filha. É triste uma mãe perder a filha caçula”. Sai da sala de reuniões e dirige-se ao leito da filha. Fica de pé, ao lado do leito, acariciando a cabeça da paciente (MENEZES, 2000, p. 87; MENEZES, 2005, p. 212).

A situação mobiliza intensamente a pesquisadora, que também é profissional de saúde e, na ocasião, mãe de adolescentes. Depois de certo tempo, afasta-se e sai da UTI. Por um lado, a pesquisadora sente tristeza e fica sensibilizada pelo sofrimento da mãe com a perda de uma filha tão jovem. Por outro lado, fica irritada com a rápida reação da médica da UTI ao oferecer uma medicação para a ansiedade da mãe (MENEZES, 2005, p. 212). A escolha por sair para dar uma volta baseou-se em não demonstrar seus sentimentos, tanto de empatia e de tristeza como de indignação pela resposta medicalizante² da médica.

De acordo com Menezes (2004), a morte de crianças e de adolescentes inverte a sequência natural dos acontecimentos. Na sociedade ocidental é particularmente triste, tendo em vista a valorização dessa faixa etária, que é especialmente valorizada também pela equipe médica (MENEZES, 2006).

Para Deslandes (2002, p. 140), a postura forjada pelo profissional no cotidiano pode se apresentar de dois modos: ficar insensível diante da recorrência de tantas situações semelhantes ou ter a concreta necessidade de se acostumar, para não sofrer a cada novo episódio. Entre a frieza humana da falta de solidariedade e a frieza profissional necessária para atuar, muitos desenvolvem uma comoção seletiva, que permite ao profissional se emocionar somente diante de algum tipo específico

² Utilizamos aqui o termo *medicalizante* em relação ao processo de medicalização segundo Zorzanelli; Ortega; Bezerra Junior (2014) e Zorzanelli; Cruz (2018). Em linhas gerais, a medicalização pode ser compreendida como um processo pelo qual ocorre uma redescritção de eventos anteriormente tidos como atinentes à ampla esfera da vida, tais como gravidez, parto, menopausa, envelhecimento e morte. Assim, medicalização refere-se à ampliação de atos, de produtos e de consumo médico e à interferência crescente da medicina no cotidiano social e individual, com imposição de normas de conduta.

de situação ou de doente, como crianças e jovens. Bonet (2004, p. 106) menciona a fala de um residente de medicina que expressa essa frieza profissional: “à medida que passa o tempo, ‘cada vez mais você se torna pior’. No princípio, quando morre um paciente seu, você chora; depois vai passando”.

O contato com o sofrimento e com os efeitos da doença pode ser produtor de carga emocional, propiciando a emergência de sentimentos em todos os atores sociais envolvidos. Tais aspectos são e devem ser tratados como dados do campo a serem analisados. As práticas, os discursos e a expressão de emoções, assim como as lacunas entre esses planos, devem constituir objeto de reflexão. Determinados temas, como doença, morte e luto, suscitam emoções vinculadas e derivadas de sofrimento. Assim, configuram-se como tabu em certos contextos que valorizam especialmente a juventude, o hedonismo, a busca de prazer como meio de realização pessoal, características centrais da sociedade ocidental contemporânea.³

Em análise acerca da construção teórica e da prática dos saberes *psi*⁴ sobre o luto, Machado e Menezes (2018) constataram preocupação, da parte de profissionais voltados ao tema, com o luto, considerado complicado devido ao prolongamento da duração e da intensidade do sofrimento. Tal preocupação motiva enlutados e profissionais de saúde a intervirem sobre o luto, de modo a prevenir uma possível complicação. Essa intenção indica a impossibilidade da vivência do sofrimento como uma das características centrais da sociedade ocidental contemporânea (WALTER, 2006).

³ Segundo Duarte (2005), algumas dimensões da sociedade ocidental contemporânea se referem ao “‘individualismo ético’ (subjetivismo, culto do eu, privilégio da escolha, ênfase na adesão ou na responsabilidade pessoal), do ‘hedonismo’ (privilégio da satisfação pessoal, desqualificação da dimensão moral do sofrimento, afirmação do *self* etc.) e do ‘naturalismo’ (fiscalismo, cientificismo etc.)” (DUARTE, 2005, p. 143).

⁴ Os saberes *psi* englobam a psiquiatria, a psicologia e a psicanálise, sendo os dois primeiros “profissões oficialmente reconhecidas e controladas pelo Estado, que exigem um diploma específico para seu exercício” (RUSSO, 2002, p. 8).

Por um lado, é frequente que pesquisadores dedicados a investigar temas associados ao sofrimento e à dor recebam comentários como aqueles dirigidos a Menezes (2004), tanto denotando preocupações com sua saúde mental – “cuidado para não ficar deprimida”, “está em atendimento psicanalítico? Faz psicoterapia?”, “você tem consciência das razões que conduziram a esta escolha de objeto de investigação?”, “provavelmente você viveu mortes importantes desde cedo na sua vida” –, quanto evidenciando juízo moral: “você deve ser uma pessoa mórbida!”, “escolhe outro tipo de campo para fazer pesquisa, por exemplo, como o meu, na natureza, ao ar livre, sem doentes!”⁵ Por outro lado, o fato de um pesquisador escolher determinado objeto de investigação também possibilita a aproximação de pessoas que desejam relatar suas experiências de cuidado de seus entes queridos até o fim da vida. Afinal, é raro o adulto que não tenha vivenciado e/ou acompanhado algum conhecido e/ou familiar que tenha morrido por enfermidade aguda ou crônica e que tenha sido acompanhado por equipe de saúde. Vale acrescentar a existência de um conjunto expressivo de narrativas sobre conflitos – com médicos e/ou profissionais de saúde, parentes, advogados, entre outros atores sociais – que surgiram e/ou se exacerbaram com o avanço da doença e com a proximidade da morte. Por vezes, pesquisadores dedicados às áreas da saúde, em especial, aos campos de estudos da gestão do processo do morrer e de atenção ao luto, recebem comentários acompanhados por adjetivos, como: você é corajoso, sensível, humano, visionário, entre outros.

A mesma pesquisadora, durante o período de observação em unidade de terapia intensiva, percebeu que o sofrimento dos observados e os dramas ali presentes no cotidiano passavam cada vez mais a ocupar seus pensamentos após certo tempo de frequência ao setor (MENEZES, 2006). A investigadora estranhou a intensidade e a continuidade das preocupações com os familiares dos pacientes internados, o que acarretou sua reflexão em torno da possibilidade de se afastar do campo

⁵ Menezes (2004) recebeu sugestões de dois antropólogos para investigar a natureza: um deles se dedicou à etnologia indígena e outro viveu em colônia naturista.

de pesquisa. O tempo de observação somava mais de cem horas, com presença diária, inclusive, aos fins de semana. A imersão havia sido intensa. Segundo DaMatta (1978), há um momento no processo de pesquisa em que a tristeza e a saudade se insinuam no trabalho de campo. Apresenta-se um paradoxo na situação etnográfica: para descobrir é preciso relacionar-se e, no momento da descoberta, o etnólogo é remetido para seu mundo, isolando-se.

Como profissional de saúde, o desafio para a pesquisadora consistiu em despir-se da roupagem de membro de uma categoria profissional e/ou de um grupo social específico, para estranhar regras previamente conhecidas e familiares. Somente desse modo é possível descobrir, pelos mecanismos de legitimação, o exótico presente em cada pessoa. Tal condição conduz ao encontro com o Outro e, ao mesmo tempo, ao estranhamento.

Esse estranhamento só pode ser apreendido por meio da análise das emoções, sobretudo, daquelas que surpreendem o pesquisador. Ainda segundo DaMatta (1978, p. 31), é preciso recuperar, em estudo antropológico, o lado extraordinário das relações pesquisador/nativo. Trata-se do lado talvez menos rotineiro e mais difícil de ser apanhado na situação antropológica porque ele consiste no aspecto mais humano da nossa rotina. É o que, de fato, permite escrever uma boa etnografia. Sem ele, não é possível distinguir um piscar de olhos de uma piscadela marota. Portanto, para discriminar o piscar mecânico e fisiológico de uma piscadela sutil e comunicativa, é preciso sentir a marginalidade, a solidão e a saudade. “É preciso cruzar os caminhos da empatia e da humildade” (DAMATTA, 1978, p. 32). É admitir que o homem não enxerga sozinho, pois precisa do outro como espelho e como guia. Ao sentir-se tocada e impregnada pelos dramas dos doentes, de seus familiares e da equipe de saúde da unidade hospitalar observada, a pesquisadora passou a entender os movimentos de afastamento e de aproximação dos profissionais de saúde em relação aos pacientes internados. Ela precisou também buscar um distanciamento para redigir seu estudo.

A seguir, outra situação observada. Ocorreu no centro cirúrgico de um hospital público universitário da cidade do Rio de Janeiro. A pesquisadora etnografa o processo de aprendizagem e de transmissão

de habilidades técnicas em cirurgia para residentes em cirurgia geral. Os médicos *staff*⁶ executam procedimentos para assepsia, condição para sua entrada no campo operatório, que é estéril. Eles se escovam, e a enfermeira pergunta o número da luva de cada um e se todos vão usar duas luvas. O cirurgião *staff* responde que todos vão usar duas luvas. Em seguida, ele explica o caso da paciente para um aluno de medicina do último ano (interno) e indaga os possíveis diagnósticos. O cirurgião residente⁷ efetua a intervenção, e o profissional *staff* o auxilia e orienta. Ele segura a mão do recém-formado (no segundo ano de residência R2), para mostrar o procedimento correto. Faz o movimento em conjunto com a mão do jovem. Pouco depois, o cirurgião demonstra irritação ao falar com a instrumentadora. Balançando a mão, diz: “rapidinho”.⁸

A pesquisadora sente um clima estranho quando o cirurgião expressa sua impaciência com a instrumentadora. Os médicos residentes se entreolham, e a profissional de instrumentação fica sem graça. A situação evidencia a hierarquia das profissões e os diferentes níveis de subordinação ali presentes. A instrumentadora não pode errar, deve atender a tempo a demanda do cirurgião. A pesquisadora presenciou várias vezes esse tipo de situação. Em determinada ocasião, o instrumentador passou

⁶ O *staff* é um médico que ingressou no hospital por concurso público, podendo exercer cargo técnico-administrativo ou docente. Em geral, ele é o mais experiente na situação; é o responsável pelo paciente, pela cirurgia e pelos residentes, que estão em processo de aprendizagem da especialidade cirúrgica naquela situação.

⁷ O interno é o estudante de medicina que está cursando o último ano da graduação. O curso de Residência Médica consiste em uma modalidade de pós-graduação tida como padrão ouro de especialização, em geral, realizada em hospital, pouco após a conclusão do curso de graduação, e conta com aulas teóricas, com sessões clínicas e com treinamento técnico na especialidade (LIMA, 2010, p. 177). A duração do Programa de Residência Médica em Cirurgia Geral é de dois anos. Após esse tempo, é possível ingresso no Programa Avançado, com duração de mais dois anos e especialização em determinado campo (SANTOS, 2009, p. 273).

⁸ Em entrevista realizada com um *staff* da cirurgia geral, ele afirmou que, na cirurgia, o profissional deve ter resposta imediata diante de problemas que surgem no decorrer na cirurgia, em fração de segundos, para que o paciente não seja prejudicado, razão pela qual vigora a exigência de que, no campo cirúrgico, todos os atos sejam regidos pela rapidez, pela exatidão e pela precisão técnica.

um instrumento de maneira equivocada, em posição indevida, segundo o ponto de vista do cirurgião. Como o centro cirúrgico observado é de um hospital público universitário, conta também com estagiários de instrumentação, o que significa que, por vezes, há demora na entrega do instrumento ao cirurgião, pois o instrumentador em treinamento tarda a encontrar o instrumento solicitado. Para a pesquisadora, tais situações são constrangedoras, provocando um clima tenso na equipe.

À medida que a equipe observada acostumou-se e naturalizou a presença da pesquisadora, esta passou a ser demandada a auxiliar em tarefas simples, como abrir um pacote (de luvas, de gaze etc.), segurar algum objeto ou, ainda, amarrar um capote.⁹ Se, por um lado, esse tipo de situação pode evidenciar a inclusão da pesquisadora e sua aceitação no setor hospitalar, por outro lado, é possível indagar sobre o que poderia ocorrer caso a pesquisadora entregasse o objeto errado. A delicadeza da situação de um observador no campo – sobretudo, ao se tratar de pesquisador com formação na área da saúde – possibilita seu posicionamento em uma linha tênue, em uma posição liminar. Ele tanto pode ser aceito e tido como possível participante da equipe, de modo a aproximar-se do grupo observado, quanto ser considerado um incômodo, cuja presença torna-se indesejada.

No caso da observadora em centro cirúrgico, ela brincou com a médica que pediu que abrisse um pacote de luvas dizendo que iria cobrar um valor pelo fato de executar uma função do profissional de enfermagem, que deveria estar presente na sala operatória. A médica riu e brincou, dizendo que o preço estava inflacionado. Como a técnica de enfermagem não havia chegado, a médica e vários membros da equipe solicitaram à pesquisadora que pegasse alguns instrumentos,

⁹ Capote ou avental cirúrgico: peça de roupa que consiste em um resguardo de tecido ou de TNT (tecido não tecido), de mangas compridas, que é amarrada na cintura, sobre o uniforme cirúrgico. O capote serve para proteger a roupa enquanto são desempenhadas determinadas tarefas profissionais. A principal finalidade do uso de aventais cirúrgicos é a prevenção da transferência de microrganismos, da equipe cirúrgica e do próprio paciente para a ferida operatória (BURGATTI; LACERDA, 2009, p. 238).

como fio de sutura, tesoura, luvas, entre outros. Inicialmente, a observadora ficou insegura, com temor de errar o objeto a ser entregue. No entanto, aos poucos, com a crescente aprovação da equipe cirúrgica, passou a sentir-se confiante.

Com a constância e a continuidade da observadora no centro cirúrgico, as demandas por pegar material tornaram-se cada vez mais frequentes. Assim, uma vez que médicos e enfermeiros cirúrgicos reconheceram a familiaridade da pesquisadora com os objetos, ela passou a ser identificada como uma profissional de saúde que poderia auxiliar o trabalho da equipe. Nesses momentos, as interações entre investigadora e observados foram marcadas por brincadeiras, em clima de cordialidade. Como regra, a equipe agradecia a participação da pesquisadora, que referia sentir-se bem, antevendo a possibilidade de obter informações para seu estudo. O pesquisador que é profissional de saúde muitas vezes é requisitado a atuar como tal, seja qual for sua especialização.

Em outra observação etnográfica em hospital, uma pesquisadora – identificada em crachá como *médica visitante* – recebeu a demanda de carimbar e assinar receitas com prescrições de medicações controladas. Sua resposta foi que, apesar de médica, não possuía autorização para exercício profissional naquele hospital, pois sua atividade era restrita à observação e a entrevistas. Tais demandas evidenciavam a preeminência da identidade como médica na visão dos observados. Para eles, a pesquisadora estaria subsumida à profissional de saúde. Esses tipos de situação constituem indicativos de identificação positiva com o pesquisador, de aceitação de sua presença.

3. Emoções e ética

Em certa ocasião, quando uma médica desenvolvia observação participante em hospital, surgiram questionamentos sobre os limites éticos de suas participação e intervenção no contexto observado. Diante de um caso de paciente terminal extremamente agitado, o médico do setor pediu a opinião da pesquisadora sobre a dosagem do medicamento em uso: “Acho que a dose está baixa, estou pensando em aumentar para x,

o que te parece?” A pergunta foi feita na enfermaria, na presença dos pacientes, de seus familiares e acompanhantes. Em face da relutância em emitir uma resposta, o médico insistiu: “Você é médica, deve conhecer esta droga, qual o seu parecer?” De fato, a pesquisadora conhecia a medicação e concordava com o aumento da dosagem a ser administrada ao paciente. Pressionada, respondeu ao colega concordando com a conduta médica e com o diagnóstico de agitação associada à condição terminal. Entretanto, a situação conduziu ao questionamento em torno de sua atitude: no caso de discordar tecnicamente do diagnóstico e da proposta de intervenção, como deveria se posicionar?

Como profissional de saúde em investigação no ambiente hospitalar, a experiência pode ser eficaz garantia de autoridade etnográfica, uma presença participativa, um contato sensível com o mundo a ser compreendido, uma relação de afinidade emocional com seus semelhantes, o que é considerado, por Clifford (2008, p. 36), concretude de percepção. Portanto, o estudo do familiar oferece vantagens em termos de possibilidades de revisão e de enriquecimento do material da investigação. O processo de estranhamento do familiar torna-se possível quando o pesquisador é capaz de confronto intelectual e emocional, de diferentes versões e interpretações existentes a respeito de fatos e de situações (VELHO, 1978, p. 36).

Porém, há um dilema ético quando um erro técnico ou uma conduta inadequada do sujeito pesquisado é percebido pelo investigador. Ali, o pesquisador é também um profissional de saúde ou apenas observador? Como lidar com as emoções? Que reações o pesquisador pode/deve ou não expressar em campo? No trânsito entre identidades há limites a serem estabelecidos em cada situação, o que sempre deve constituir objeto de reflexão e de análise tanto no momento em que surgem as dúvidas quanto mais adiante, na escrita e na elaboração do texto. Sem dúvida as trocas com orientadores e com colegas mais experientes podem ser enriquecedoras.

Quando a pesquisadora em observação participante em centro cirúrgico presencia uma cirurgia que demora mais do que o tempo habitual em decorrência da condução por profissionais inexperientes

em aprendizagem e treinamento – sejam eles residentes de cirurgia em sua primeira vez, sejam eles instrumentadores sem experiência em certo tipo de ato cirúrgico –, por vezes, o *staff* afirma que o andamento poderia ser mais rápido. O clima pode ficar tenso, então, pelos comentários, mas os presentes não reagem, permanecem em silêncio. Nesse tipo de situação, a pesquisadora apenas observa, em silêncio, sentindo-se constrangida, seja pelas possíveis consequências de uma cirurgia mais longa, seja pela pressão sobre o profissional inexperiente que está em seu local de treinamento.

O constrangimento concernente às duas causas resulta de empatia com dois atores sociais presentes no ato cirúrgico: o paciente e o jovem em processo de aprendizado. Para se tornar cirurgião ou instrumentador é preciso treinar. Para atingir um grau de competência, faz-se necessário sentir a tensão, o tempo; configurar um espaço entre a pressão e a ação. Portanto, no processo de apreensão da transmissão dos conhecimentos técnicos para o residente em cirurgia geral, a pesquisadora sentiu os constrangimentos e as possíveis tensões, provavelmente, vivenciadas pelos aprendizes de instrumentação e de cirurgia. Foi por intermédio de suas sensações, de seus sentimentos e de suas emoções que a observadora alcançou entendimento do processo de incorporação do *habitus* do cirurgião/instrumentador.

Amesma pesquisadora, em etnografia em centro cirúrgico, observava uma cirurgia em que a sala operatória encontrava-se vazia: sem internos nem residentes fora do campo asséptico,¹⁰ condição rara. Havia apenas o cirurgião *staff*, dois residentes de cirurgia geral com ele em campo, três anestesistas (um *staff* e dois residentes), os instrumentadores e os

¹⁰ A sala cirúrgica é composta por dois campos: o estéril e o não estéril. O primeiro é aquele no qual permanecem apenas os profissionais que vão participar do ato cirúrgico: cirurgiões e instrumentadores. Eles devem trajar capotes e luvas estéreis, para ter condições de entrar em contato com o paciente. Dessa forma, trata-se de evitar qualquer contaminação por microrganismos/bactérias na ferida operatória. Os demais presentes, que somente assistem à cirurgia, como a pesquisadora, os internos e os anestesistas (que não entram em contato com a ferida operatória), vestem apenas pijama cirúrgico, touca e máscara, materiais entregues a eles quando entram no centro cirúrgico. Esses materiais não são estéreis.

técnicos de enfermagem. Nesse dia, o *staff* perguntou à observadora se ela não queria se escovar para entrar em campo, de maneira a possibilitar uma visão mais próxima da cirurgia. A anestesista reforçou a ideia, dizendo que o campo estava bom, pois havia pouca gente na sala. Naquele momento, a pesquisadora ficou tensa, sem saber como ou o que responder, se poderia/deveria ou não aceitar. Apenas negou o pedido, agradecendo. Ela teve vontade de aceitar o convite, mas, ao mesmo tempo, ficou tensa por nunca ter estado e entrado em um campo cirúrgico antes, além do receio de atrapalhar seu estudo pela aproximação com os observados.

Os profissionais de saúde são confrontados, cotidianamente, com o sofrimento e, para que possam exercer seu papel social, atravessam um dos rituais de passagem mais longos do mundo ocidental: o processo de socialização na medicina (BECKER, 1992). Tal processo não consiste apenas na incorporação de novos conhecimentos nem se restringe à discussão de aspectos técnicos. É um processo vivencial de aprender a habitar em um novo mundo, construtor de um *habitus* (MENEZES, 2001). Esse *habitus* é composto pela postura profissional e pelas formas de reação ao contato com o sofrimento e com a morte. A contenção da emoção e dos sentimentos configura o *habitus* médico. Para Herzlich (1993), a escolha da carreira médica não testemunha insensibilidade ao sofrimento, mas revela, ao contrário, uma angústia inconsciente – e por vezes consciente – particularmente intensa em face desse sofrimento. De acordo com as representações coletivas nas quais os profissionais estão inseridos, podem ser produzidos distintos modos de gestão das emoções. Quando há tensões no centro cirúrgico, é possível apontar reações de silêncio e também de brincadeiras, no caso das interações com a observadora.

Segundo Duarte,

o caráter negociado e dialogal do contato de pesquisas nas Ciências Humanas e Sociais tem outra consequência fundamental: trata-se de um processo social e não de um caráter jurídico. (DUARTE, 2015, p. 35).

Portanto, a preocupação ética, necessariamente, deve acompanhar todo o percurso da pesquisa e não apenas se concentrar em um acordo formal inicial. Deve se processar de modo informal, em contexto micropolítico, ainda que alguma formalização esteja presente em algum momento do processo. Desse ponto de vista relacional, as etapas que sucedem ao contato imediato entre os interlocutores são tão importantes quanto as anteriores, pois a experiência dos participantes se mantém viva nas entrelinhas das interpretações materializadas dos pesquisadores em suas publicações ou elaborações.

As circunstâncias dialogais e processuais das pesquisas dessa área são inseparáveis da especificidade e da peculiaridade da forma pela qual os projetos de investigação são formulados. Portanto, trata-se de perceber as condições de diálogo possível com os interlocutores, sua disposição para entrar em uma relação de confiança, para trocar experiências, para abordar certos temas ou para esclarecer determinados aspectos de suas vidas pessoais ou de suas práticas públicas (DUARTE, 2015). A prática reflexiva permanente e contínua em pesquisas das ciências humanas e sociais em saúde implica atenção constante em torno do contato com o outro. O posicionamento do pesquisador em campo não pode ser previsto de antemão e, portanto, tampouco sua conduta diante de impasses e de desafios, como nas situações referidas neste capítulo. Em última instância, a conduta depende intrinsecamente da percepção do pesquisador em campo e de possíveis negociações com os atores sociais. O posicionamento e a distância adequada do pesquisador no campo constituem – e devem sempre ser – objeto de reflexão individual. Os limites emocionais de cada investigador apresentam-se na pesquisa etnográfica, bem como suas formas de reação, de entendimento e de elaboração diante de cada situação. A investigação na área da saúde, sobretudo, ao focar o trabalho na assistência e as interações entre enfermos e equipe de saúde, necessariamente tangencia a temática da gestão do sofrimento, do cotidiano e das emoções. Sob a perspectiva dos profissionais de saúde, trata-se de apreender os modos de percepção e de atuação em face do contato com a dor do outro.

Segundo Le Breton (2009, p. 133), os profissionais de saúde, no enfrentamento cotidiano do sofrimento, devem dominar sua tendência à empatia, para não chorar pelo destino de seus pacientes. Para esse autor, um dos marcos de sua identidade profissional seria o posicionamento a uma distância afetiva adequada (MENEZES, 2005, p. 8). As equipes são formadas de modo a se posicionarem a uma distância adequada do doente e de seu sofrimento: nem tão próximos, que propicie uma identificação com o drama vivido, nem tão distantes, que impeça um mínimo de contato necessário ao desenvolvimento de uma boa relação médico/paciente. O trabalho voltado às funções dos órgãos e aos procedimentos técnicos e terapêuticos vem sendo, ao longo do tempo, mais valorizado pela equipe do que o contato com sentimentos. Lidar com emoções dos pacientes pode demandar tempo e mobilização afetiva dos profissionais, que podem achar que seriam interferências no bom andamento do trabalho (MENEZES, 2000, p. 61).

De acordo com Menezes (2005, p. 10), as formas de gestão emocional mais utilizadas por equipes de saúde são: a fragmentação, quando os profissionais se referem ao doente por meio de partes de seu corpo, de seus parâmetros, de seus órgãos e de suas funções, como “o paciente do leito 1”, “o HIV”, “vamos operar um fígado hoje”; e a medicalização, mencionada anteriormente, quando os medicamentos, como ansiolíticos, desempenham importante papel na evitação e no controle da emergência de emoções de enfermos e/ou de seus familiares. Acrescente-se a utilização de nomenclatura médica e de diagnóstico psiquiátrico em referência ao sofrimento, o que pode ser ilustrado pela situação observada em hospital. Ao descrever o estado de uma mãe que havia recebido a notícia de morte de seu filho único de 16 anos, por erro médico em ato cirúrgico, um médico, falando para um grupo de médicos residentes, afirmou que ela estava histérica, chorando. Qual seria a reação esperada? Alguns médicos riram, enquanto outros perguntaram se não seria melhor medicar a mulher. A observadora afastou-se do grupo, por não suportar os risos nervosos dos residentes nem a proposta de uso de medicação para sedar a mãe.

A dificuldade de empatia com o sofrimento da mãe do rapaz provavelmente decorria de algum nível de identificação com o médico/cirurgião/anestesiologista que teria provocado o erro médico e o óbito. Como acolher uma dor decorrente de erro médico? A saída do grupo foi o distanciamento até uma posição de incapacidade de empatia. Este tipo de situação evidencia a carência de espaços para reflexão entre profissionais de saúde sobre seus erros profissionais, suas emoções e seus limites em sua atuação.

Considerações finais

Na pesquisa de campo antropológica, nem sempre é a familiaridade a causa de produção de pontos cegos (CRAPANZANO, 2010). Um conflito apresenta-se, com frequência, entre a abertura para o novo e o exótico e o conforto das certezas e das referências prévias. Abrir-se para as surpresas que surgem no campo consiste em desafio para o investigador. Para tanto, faz-se necessário o desenvolvimento da capacidade de reflexividade (BARROS, 2004; GUEDES, 2004).

Em certa ocasião, uma pesquisadora em visita a uma unidade pública para doentes terminais sem condições de permanência no próprio domicílio, perguntou, às duas médicas que a acompanhavam e mostravam o local – uma casa alugada – e o trabalho, como havia sido a procura e a escolha daquele lugar, uma vez que a casa era confortável e muito bem-localizada. As médicas responderam, com sorrisos: “Não foi difícil, pois tivemos ajuda”. A pesquisadora indagou quem havia ajudado. Recebeu então a seguinte resposta: “Eles, eles estão aqui conosco”, as duas apontando com ambas as mãos para o teto da casa. A investigadora demorou certo tempo até entender que elas se referiam à presença de espíritos. A crença das duas médicas em espíritos consistiu em dado que surpreendeu a pesquisadora. A seguir, ela passou a indagar e a solicitar informações sobre “eles” e também acerca do tipo de ajuda por eles fornecida. Houve uma preocupação da pesquisadora em não demonstrar suas próprias crenças sobre a existência (ou não) de espíritos, de modo a não impedir que as profissionais de saúde prosseguissem explicando o trabalho conjunto produzido entre os diferentes planos de existência.

De acordo com Visser (2017, p. 7), três níveis de reflexividade integram a análise social: o do pesquisador, o dos sujeitos que estão sendo investigados e aquele resultante das interações no contexto de pesquisa. Para essa autora, reflexividade é um conceito multifacetado que deve ser sempre levado em consideração tanto em investigação quantitativa quanto qualitativa. Visser enfatiza a importância do exercício em torno da reflexividade no que concerne à abordagem de temas tidos socialmente como passíveis de mobilização emocional. Aponta, especificamente, o processo do morrer e a morte.

Com frequência, o fazer antropológico conduz a transformações no investigador e nos investigados. Assim, quando o pesquisador opta por determinado modo do fazer antropológico com exercício de reflexividade acerca das identidades no campo – como nos casos aqui apresentados –, ele considera e afirma que a identidade não constitui categoria fixa. Antes, ela é múltipla, negociável, ambígua (GOMES; MENEZES, 2008). A identidade resulta das interações sociais e culturais construídas em processos de negociação, explícitos ou não, em distintas situações.

Desde o advento da modernidade, vivemos em uma sociedade estruturada em torno da crença em um eu dividido entre a objetividade e a ampliação dos horizontes interiores do sujeito. A antropologia é estruturada e desenvolvida com base no pressuposto de que é pela observação do Outro que nos revelamos. Portanto, o pesquisador em investigação antropológica deve empreender um profundo exercício de reflexividade, para apreender ambos os planos, da objetividade e da subjetividade. Assim, afirmamos, com Rose (2013, p. 11), que o *self* é um relevante valor no confuso clima ético atual. Para apreender as representações, os sentidos e os significados associados à saúde, à doença, ao sofrimento, à gestão dos cuidados e das emoções, é preciso refletir sobre cada um desses termos e acerca de suas diferentes formas de configuração em cada contexto, além das subjetividades envolvidas. Nesse panorama, há uma imbricação entre identidades profissionais, individualidades, inserção social, raça/etnia, gênero, geração, valores morais e éticos.

Por fim, consideramos que, para o pesquisador das ciências sociais e humanas, em especial aquele com formação na área da saúde que

também exerce atividade como profissional de saúde, é crucial empreender um processo de desconstrução dos saberes da biomedicina. Tal processo possibilita alcançar uma perspectiva e uma abordagem referente ao que se passa entre a objetividade e a subjetividade, entre a razão e a emoção, entre o indivíduo e a sociedade. Em suma, o objetivo é que as fronteiras entre o exótico e o familiar possam se diluir nesse processo de apreensão e de entendimento de cada contexto pesquisado.

Referências

BARROS, Myriam Lins de. Até onde vai o olhar antropológico? *Ilha Rev. Antropologia*, v. 6, n. 1, 2, p. 145-163, 2004.

BECKER, Howard S. *Boys in white*. Chicago: University of Chicago Press, 1992.

BONET, Octávio. *Saber e sentir: uma etnografia da aprendizagem da biomedicina*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

BURGATTI, Juliane Cristina; LACERDA, Rúbia Aparecida. Revisão sistemática sobre aventais cirúrgicos no controle da contaminação/ infecção do sítio cirúrgico. *Rev. Esc. Enferm, USP*, v. 43, n. 1, p. 237-244, 2009.

CRAPANZANO, Vincent. “At the heart of the discipline”: critical reflections on fieldwork. In: DAVIES, James; SPENCER, Dimitrina (org.). *Emotions in the field: the psychology and anthropology of fieldwork experience*. Stanford: Stanford University Press, 2010. p. 55-78.

CAPRARA, Andrea; LANDIM, Lucila Paes. Etnografia: uso, potencialidades e limites na pesquisa em saúde. *Interface*, Botucatu, v. 12, n. 25, p. 363-376, 2008.

CLIFFORD, James. Sobre a autoridade etnográfica. In: GONÇALVES, José Reginaldo Santos (org.). *A experiência etnográfica*, Rio de Janeiro: Ed. UFRJ, 2008. p. 17-58.

COELHO, Maria Claudia; REZENDE, Cláudia. Introdução: o campo da antropologia das emoções. *In*: COELHO, Maria Claudia; REZENDE, Cláudia (org.). *Cultura e sentimentos: ensaios em antropologia das emoções*. Rio de Janeiro: Contra Capa/Faperj, 2011. p. 7-26.

DAMATTA, Roberto. O ofício do etnólogo, ou como ter ‘anthropological blues’. *In*: NUNES, Everardo. O. (org.). *A aventura sociológica*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1978. p. 23-35.

DESLANDES, Suely Ferreira. *Frágeis deuses: profissionais da emergência entre os danos da violência e a recriação da vida*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

DUARTE, Luiz Fernando Dias. Ethos privado e justificação religiosa: negociações da reprodução na sociedade brasileira. *In*: BARROS, Myriam Moraes Lins de *et al.* *Sexualidade, família e ethos religioso*. Rio de Janeiro: Garamond, 2005. p. 137-176.

DUARTE, Luiz Fernando Dias. A ética em pesquisa nas ciências humanas e o imperialismo bioético no Brasil. *Revista Brasileira de Sociologia*, v. 3, n. 5, p. 31-52, jun. 2015.

DUARTE, Maria Cristina Sena. *Os significados do cuidado em unidade de terapia intensiva pediátrica*. 110 f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Criança e da Mulher) – Instituto Fernandes Figueira, Fiocruz, Rio de Janeiro, 2010.

DUARTE, Maria Cristina Sena; MOREIRA, Martha Cristina Nunes. Autonomia e cuidado em terapia intensiva pediátrica: os paradoxos da prática. *Interface: comunicação, saúde, educação*, v. 15, n. 38, p. 687-700, 2011.

DURKHEIM, Emile. *As formas elementares da vida religiosa*. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

GOMES, Edilaine Campos; MENEZES, Rachel Aisengart. Etnografias possíveis: “estar” ou “ser” de dentro. *Ponto Urbe: revista do núcleo de antropologia urbana da USP*, Ano 2, versão 3.0, Jul./2008.

GOMES, Rosilene Souza. *Tensões e potências no cuidado a mulheres acometidas por câncer de colo do útero: um estudo etnográfico*. 260 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Uerj. Rio de Janeiro, 2017.

GUEDES, Simoni Lahud. Produzir antropólogos: algumas reflexões. *Ilha Rev. Antropologia*, v. 6, n. 1, 2, p. 185-196, 2004.

HERZLICH, Claudine. *Os encargos da morte*. Rio de Janeiro: Uerj/IMS, 1993.

LE BRETON, David. *As paixões ordinárias: antropologia das emoções*. Petrópolis: Vozes, 2009.

LIMA, Matias Correa. Residência médica sob a ótica do direito do trabalho. *Revista da Esmesc*, v. 17, n. 23, 2010.

LUHRMANN, Tanya. What counts as data? In: DAVIES, James; SPENCER, Dimitrina (org.). *Emotions in the field: the psychology and anthropology of fieldwork experience*. Stanford: Stanford University Press, 2010. p. 212-128.

MACHADO, Renata; MENEZES, Rachel Aisengart. Gestão emocional do luto na contemporaneidade. *Revista Ciências da Sociedade (RCS)*, v. 2, n. 3, p. 65-94, jan./jun. 2018.

MAUSS, Marcel. A expressão obrigatória dos sentimentos. In: OLIVEIRA, Roberto Cardoso de (org.). *Mauss*. São Paulo: Ática, 1979. p. 147-153.

MENEZES, Rachel Aisengart. Díficeis decisões: uma abordagem antropológica da prática médica em CTI. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, RJ, v. 10, n. 2, p. 27-49, 2000.

MENEZES, Rachel Aisengart. Etnografia do ensino médico em um CTI. *Interface: Comunic., Saúde, Educa*, v. 5, n. 9, p. 117-30, 2001.

MENEZES, Rachel Aisengart. *Em busca da boa morte: etnografia dos cuidados paliativos*. Rio de Janeiro: Garamond/Fiocruz, 2004.

MENEZES, Rachel Aisengart. Profissionais de saúde e a morte: emoções e formas de gestão. *Teoria e Sociedade*, v. 1, n. 13, p. 200-225, jan./jun. 2005.

MENEZES, Rachel Aisengart. *Difíceis decisões*: etnografia de um centro de tratamento intensivo. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

ROSE, Nikolas. *A política da própria vida*: biomedicina, poder e subjetividade no século XXI. São Paulo: Paulus, 2013.

RUSSO, Jane. *O mundo PSI no Brasil*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2002.

SANTOS, Elizabeth Gomes. Residência médica em cirurgia geral no Brasil: muito distante da realidade profissional. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgias*, v. 36, n. 3, p. 271-276, 2009.

VELHO, Gilberto. O desafio da proximidade. In: VELHO, Gilberto; KUSCHNIR, Karina (org.). *Pesquisas urbanas*: desafios do trabalho antropológico. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003. p. 11-19.

VELHO, Gilberto. Observando o familiar. In: NUNES, Edson de Oliveira. *A aventura sociológica*. Rio de Janeiro: Zahar, 2004.

VISSER, Renske. “Doing death”: reflections on the researcher’s subjectivity and emotions. *Death Studies*, v. 41, n. 1, p. 6-13, 2017.

WALTER, Tony. What is complicated grief?: a social constructionist perspective. *Omega – Journal of Death and Dying*, v. 1, n. 52, p. 71-79, february 2006.

ZORZANELLI, Rafaela Teixeira; ORTEGA, Francisco; BEZERRA JUNIOR, Benilton. Um panorama sobre as variações em torno do conceito de medicalização entre 1950-2010. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v. 19, n. 6, p. 1859-1868, 2014.

ZORZANELLI, Rafaela Teixeira; CRUZ, Murilo Galvão Amâncio. O conceito de medicalização em Michel Foucault na década de 1970. *Interface*, Botucatu, v. 22, n. 66, p. 721-731, 2018.





Sobre as autoras e o autor

Alan Camargo Silva

Professor de educação física, doutor em saúde coletiva pelo Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IESC/UFRJ), pesquisador da Escola de Educação Física e Desportos, Núcleo de Estudos Sociocorporais e Pedagógicos em Educação Física e Esportes da Universidade Federal do Rio de Janeiro. *E-mail:* alancamargo10@gmail.com

Claudia Fonseca

Antropóloga, doutora em etnologia pela Université de Nanterre e em Sociologia pela Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales (EHESS), França; professora titular do Departamento de Antropologia Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. *E-mail:* claudialwfonseca@gmail.com

Daniela Riva Knauth

Antropóloga, doutora em antropologia social pela Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales (EHESS), França; professora titular do Departamento de Medicina Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. *E-mail:* daniela.knauth@gmail.com



Elaine Reis Brandão

Assistente social, doutora em saúde coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/Uerj), professora associada do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro. *E-mail:* brandao@iesc.ufrj.br

Fernanda Vecchi Alzuguir

Psicóloga, doutora em saúde coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/Uerj), professora adjunta do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro. *E-mail:* fevecchi@iesc.ufrj.br

Francine Saillant

Enfermeira, doutora em antropologia social pela Université McGill, Canadá; professora emérita do Departamento de Antropologia da Universidade de Laval, Quebec, Canadá. *E-mail:* francine.saillant@ant.ulaval.ca

Jaqueline Ferreira

Médica, doutora em antropologia social pela Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales (EHESS), França; professora associada do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro. *E-mail:* jaquetf@gmail.com

Lidiane Mara de Ávila e Silva

Psicóloga, doutora em saúde coletiva pelo Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IESC/UFRJ), professora assistente do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso. *E-mail:* lidiane_avila@hotmail.com

Natália Almeida Bezerra

Antropóloga, doutoranda em antropologia social pela Universidade de Brasília (UnB). *E-mail:* natalia.almeida.unb@gmail.com

Nathalia Ramos da Silva

Fisioterapeuta, doutora em saúde coletiva pelo Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro (Iesc/UFRJ). *E-mail:* nathramos@hotmail.com

Priscila Farfan Barroso

Cientista social, doutora em Antropologia Social pelo Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PPGAS/UFRGS). *E-mail:* prifarfan@yahoo.com.br

Priscila da Silva Castro

Nutricionista, doutora em saúde coletiva pelo Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IESC/UFRJ), professora adjunta da Faculdade de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará. *E-mail:* priscilacastro@unifesspa.edu.br

Rachel Aisengart Menezes

Médica, doutora em saúde coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ), professora associada do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro. *E-mail:* raisengartm@terra.com.br

Renata de Moraes Machado

Psicóloga, mestre em saúde coletiva pelo Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IESC/UFRJ), doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro. *E-mail:* renatammachado@gmail.com

Soraya Fleischer

Antropóloga, doutora em antropologia social pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), professora associada do Departamento de Antropologia da Universidade de Brasília. *E-mail:* fleischer.soraya@gmail.com

Sylvie Fainzang

Antropóloga, doutora em antropologia social pela Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales (EHESS), França; diretora de pesquisa do Instituto Nacional de Saúde e Pesquisa Médica (INSERM); e membro do Centro da Pesquisa em Medicina, Ciências, Saúde, Saúde Mental e Sociedade (Cermes3), França. *E-mail:* sylvie.fainzang@orange.fr

Este livro foi composto em UnB Pro e Liberation Serif.

Reflexividade na pesquisa antropológica em saúde

Desafios e contribuições para a formação de novos pesquisadores

O ofício antropológico é feito de reflexividade. Andamos sempre na corda bamba, entre fazer uma etnografia da bruxaria do ponto de vista da bruxa ou do ponto de vista de um geômetra, seguindo a famosa comparação de Clifford Geertz. Quando entramos no campo da saúde, o trabalho fica mais desafiador. Lidamos com emoções, com corporalidades, com doença, com dor, com morte. Lidamos, além disso, com uma instituição extremamente potente, do ponto de vista não apenas de sua penetração social, de sua capacidade de acolhimento de tudo isso, mas, sobretudo, de sua eficácia simbólica, fortemente enraizada nos corações e nas mentes de todos nós. Refiro-me à medicina e às demais especialidades que gravitam ao seu redor. Ofícios compostos por pessoas que tratam outras pessoas; que mexem nos seus corpos, nos seus espíritos; que criam parâmetros para aferi-los; que oferecem conselhos, drogas; que propõem tarefas. A pesquisa antropológica surge como contraponto necessário para trazer à cena o emaranhado de experiências que compõem essas relações entre os que tratam, olham, examinam e aqueles que são tratados, observados e examinados. Evidentemente, o pesquisador faz parte desse emaranhado, pois o sofrimento e o acolhimento não lhe são estranhos. Os textos que fazem parte deste volume buscam refletir sobre essa posição reflexiva do pesquisador. Não se trata de uma posição necessária, mas, sim, inevitável. Não é uma escolha de quem pesquisa, mas uma consequência inevitável de habitar o mesmo mundo dos que sofrem e dos que acolhem o sofrimento do outro.

Jane Russo

Professora titular do Instituto de Medicina Social da UERJ

Foto ao fundo:

Arquitetura do prédio da FACE/UnB.

Por Isa Lima.



EDITORA



UnB