

# 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

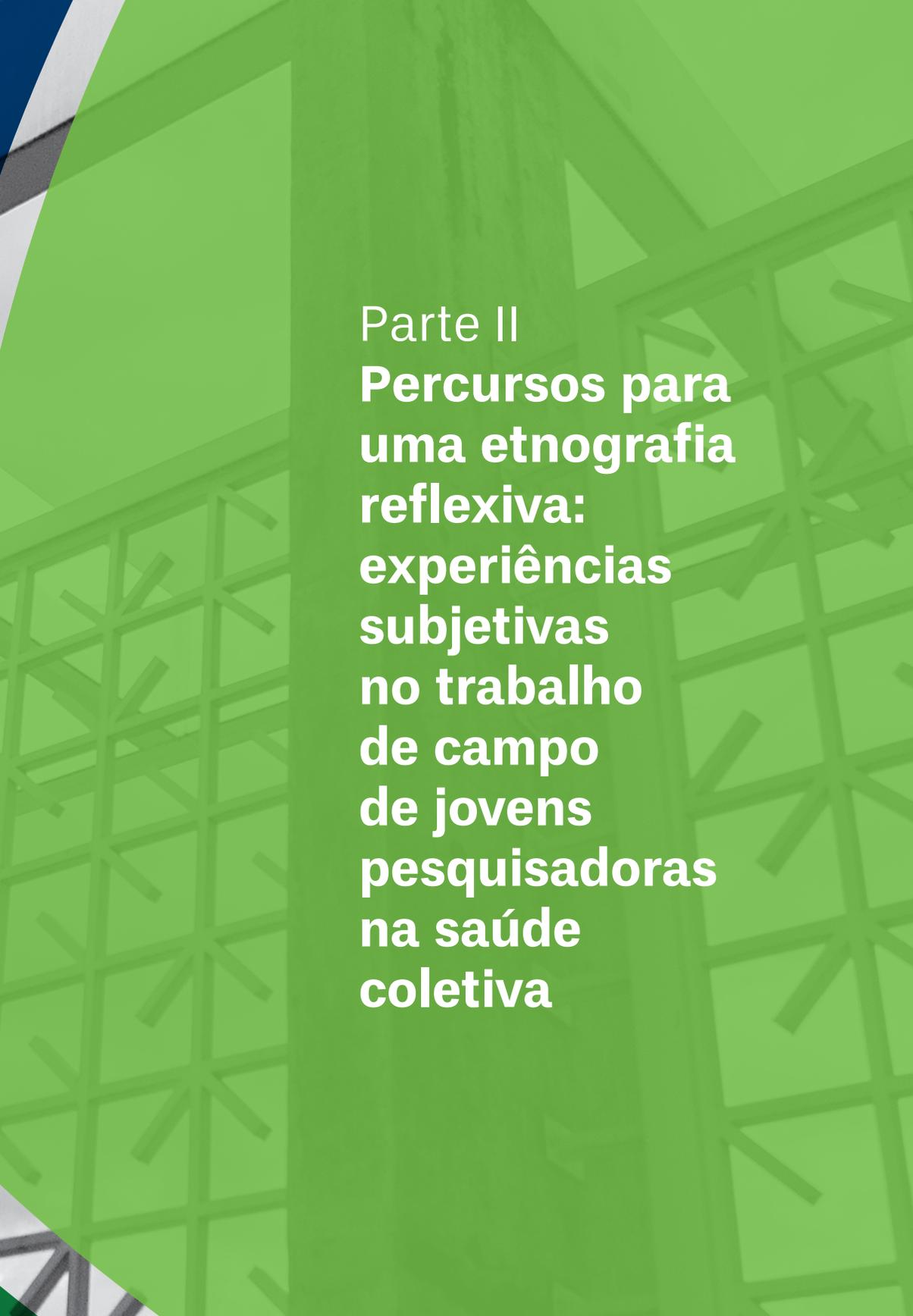
### **Inserções em campo e voluntariado no estudo de comunidades terapêuticas no sul do Brasil 259**

Priscila Farfan Barroso e Daniela Riva Knauth

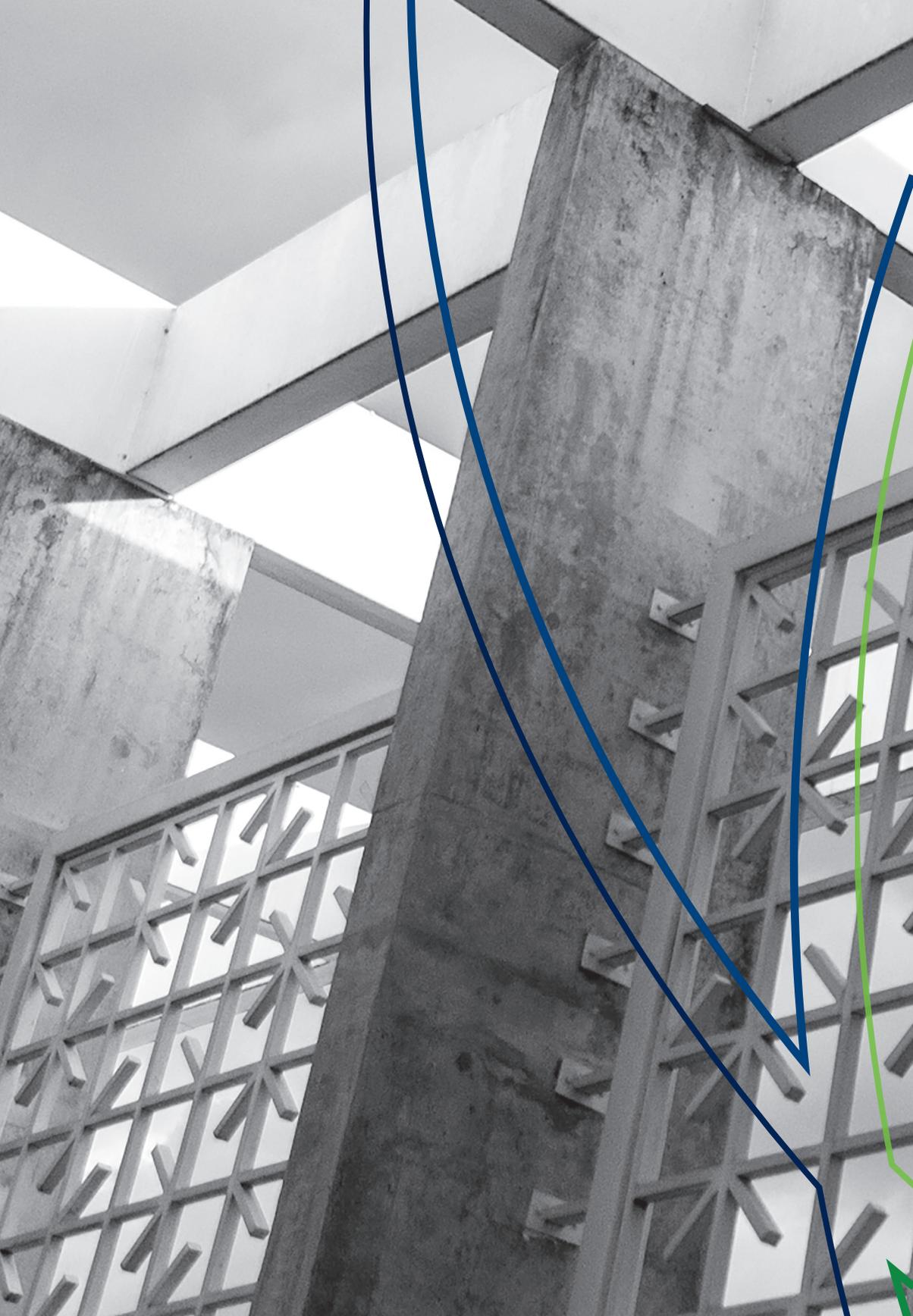
1. Introdução **259**
  2. Entrando em um labirinto **263**
  3. Voluntariado e pesquisa de campo **273**
- Referências **278**

### **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**



# 7

Capítulo 7

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

Priscila da Silva Castro

### 1. Introdução

Em novembro de 2011, visitei o Programa de Transtornos Alimentares (PTA) pela primeira vez.<sup>1</sup> Cheguei cedo, apresentei-me na recepção, perguntei pela coordenadora e fiquei aguardando-a na

---

<sup>1</sup> O capítulo deriva da tese de doutorado da autora, defendida em 2015, no Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, com apoio de bolsa CAPES, sob orientação da professora Elaine Reis Brandão (CASTRO-VIANEZ, 2015; CASTRO-VIANEZ; BRANDÃO, 2015; CASTRO-VIANEZ; BRANDÃO, 2018).

sala de espera, junto com os adolescentes e seus responsáveis. Ela chegou, olhou-me e foi para sua sala. Pouco tempo depois, a pessoa com quem eu havia falado na recepção desse serviço de saúde entrou na sala da coordenação, ficou lá alguns minutos, saiu, e fui convidada a entrar. Ao me apresentar, soube que não fui reconhecida de imediato como uma pesquisadora interessada no tema. À primeira vista, fui confundida com uma adolescente aguardando atendimento na sala de espera. Embora tivesse 27 anos, fosse uma nutricionista doutoranda em saúde coletiva, meu porte jovial e o corpo magro me colocaram, desde o primeiro momento em que adentrei naquele espaço, ao lado das futuras interlocutoras na pesquisa. Essa identificação inicial da pesquisadora como uma adolescente teve repercussões profundas no modo como me posicionei em campo durante a pesquisa. Voltarei a esse aspecto adiante.

A essa altura, estava vivenciando novas experiências no doutorado: migrando de uma formação epidemiológica com a qual havia trabalhado no mestrado em nutrição para uma formação socioantropológica no âmbito da saúde coletiva. Ainda enfrentava um desafio maior, o de fazer uma pesquisa antropológica, etnográfica, em um serviço de saúde, aprendendo a construir todas as etapas, desde a escolha do tema, o delineamento do objeto de estudo, à definição do campo da pesquisa, entre outras decisões necessárias para viabilizar um estudo empírico dessa natureza. Minha proposta inicial era trabalhar com mulheres adultas, com as quais já estava familiarizada e sabia ser um grupo reconhecidamente atingido pelos transtornos alimentares (TA). Logo aprendi que, em um estudo antropológico, pouco pode ser definido *a priori* e que trabalhar com adolescentes seria um novo desafio. As possibilidades de abordagens do tema em estudo, as negociações e as decisões operacionais da pesquisa são construídas no percurso da investigação, mediadas pela convivência da pesquisadora em campo; nas relações sociais que estabelece com os sujeitos de pesquisa e na dinâmica institucional em que a pesquisa está situada. Assim, meus interesses de pesquisa estiveram intimamente relacionados a essa construção compartilhada com os demais sujeitos em campo (MINAYO; GUERRIERO, 2014).

Neste texto, lanço um olhar reflexivo e retrospectivo para questões relativas ao cotidiano de uma pesquisa etnográfica realizada em serviço público de saúde voltado à atenção a adolescentes com TA. A reflexividade como ferramenta teórico-metodológica na pesquisa antropológica (GUBER, 2011; BOURDIEU, 2002; BERTUCCI, 2009) foi o motor necessário para que eu, como pesquisadora, pudesse, em campo, transitar entre os diversos sujeitos de pesquisa – equipe de saúde, familiares e adolescentes – e, ao mesmo tempo, posicionar-me, estabelecendo os vínculos fundamentais para interagir entre e com eles. Se, por um lado, eu poderia ser vista pelos adultos – equipe de saúde e familiares das adolescentes – como uma jovem profissional em aprendizado, por outro lado, também poderia ser vista pelas adolescentes como uma igual, podendo transitar, interagir e refletir com e sobre ambas as posições geracionais em campo.

## 2. Fazer antropologia em serviço público de saúde

Meu tema de pesquisa foi a anorexia nervosa (AN). Por meio da abordagem etnográfica (FERREIRA; FLEISCHER, 2014; GUBER, 2011; PEIRANO, 1995), buscava conhecer a dinâmica de funcionamento de um programa de atenção aos transtornos alimentares, bem como o processo de adoecimento vivenciado por adolescentes que enfrentavam publicamente essa doença. Sabe-se que muitos adolescentes apresentam transtornos alimentares, mas mantêm seus hábitos em sigilo, muitas vezes, mesmo em relação a seus familiares mais próximos. Estar em uma instituição de saúde, às voltas com o diagnóstico e com o tratamento de suas aflições instaurava um patamar de assunção pública e de seu enquadramento como doentes, o que os deixava em posição delicada.

O trabalho de campo foi realizado entre novembro de 2011 e setembro de 2013. Nesse período, acompanhei as atividades diárias de assistência aos adolescentes, conforme autorização concedida pela direção do programa e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da universidade. Minha proposta de pesquisa foi estruturada em dois momentos: inicialmente, observar as reuniões da equipe de profissionais que

integram o programa, as consultas médicas e nutricionais e a sala de espera, onde adolescentes e seus familiares aguardavam o atendimento, de modo a captar a dinâmica de funcionamento do programa, suas normas, rotinas, dificuldades. Posteriormente, entrevistar usuários contatados nesse espaço, para uma aproximação mais estreita e íntima com suas vivências, seu sofrimento diante da doença e suas demandas de cuidado.

A instituição pública na cidade do Rio de Janeiro que oferta atendimento aos TA onde o estudo foi realizado é um Serviço de Saúde Adolescente pertencente a uma universidade pública. Criado há 44 anos, o serviço é responsável pela atenção integral à saúde de adolescentes, funcionando como unidade docente-assistencial nos níveis de atenção primária, secundária e terciária. O PTA, por meio de uma abordagem interdisciplinar, vem atendendo, desde 2005, a adolescentes de ambos os sexos que sofrem de AN e/ou de bulimia nervosa.

Trato a seguir de algumas peculiaridades envolvendo a pesquisa etnográfica em instituições de saúde (CASTRO-VIANEZ; BRANDÃO, 2015). Em outras palavras, como ser uma antropóloga em campo e não uma nutricionista. Retomo brevemente a seleção do campo, a realização da pesquisa, passando pela apreciação do Comitê de Ética e, por fim, as dificuldades da pesquisa com populações consideradas vulneráveis, como são reconhecidos os adolescentes na legislação sobre ética em pesquisa com seres humanos vigente no Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012; 2016).

### **3. Sobre não ser uma nutricionista em campo**

As tentativas e as negociações para entrada em campo se iniciaram em 21 de março de 2011 e se estenderam até 21 de novembro de 2011, dia da primeira visita ao serviço de saúde. O percurso para seleção de uma instituição envolveu dificuldades, pois a realização do campo nesses espaços demandava certas condições prévias: alguns serviços de saúde também se constituíam em espaços de pesquisa para os profissionais que ali atuavam, de modo que não estavam abertos a

investigações de terceiros ou exigiam a atuação da pesquisadora como estagiária, integrando-a à equipe local de profissionais de saúde diante da escassez de recursos humanos disponíveis. Alguns ainda promoviam cursos não gratuitos de atualização no tema dos TA e obesidade, nos quais recomendavam a participação dos profissionais interessados em realizar pesquisas em suas dependências.

Em geral, não havia muita compreensão entre os profissionais de saúde contatados a respeito dos pressupostos teórico-metodológicos de uma pesquisa antropológica, etnográfica. A posição de observadora que eu reivindicava, bem como a necessidade da observação em momento distinto e não concomitante à atuação como profissional de saúde, no caso, como nutricionista, não era bem-aceita. Sabemos que os exemplos citados, como a visão de que eu poderia atuar como estagiária ou a imposição da realização de cursos, por vezes integram os limites existentes para pesquisas etnográficas em instituições de saúde (MACHADO, 2008) e os cuidados necessários para conhecer melhor a assistência ali prestada.

Ao longo dos quase dois anos em que estive no programa, participei dos eventos de recepção dos residentes, das festas de fim do ano, dos cafés da manhã e de um amigo oculto. Embora fossem raros, esses momentos de descontração eram extremamente proveitosos e me permitiam conhecer a equipe, para além de sua atuação profissional. Durante as reuniões de equipe, passei a ser consultada nos mais diferentes aspectos, fossem relativos às adolescentes, à estratégia de atendimentos, fossem relativos à organização do serviço como um todo. Machado (2008) destaca que, em inúmeras situações, foi também convocada a emitir suas opiniões, afirmando que a etnografia remete à reflexão sobre os limites entre o observar e o participar. Tomar tais situações empíricas como desafios para compreensão e interpretação da posição dos vários sujeitos em campo, suas redes de relações, seus conflitos e suas disputas de poder foi justamente o que me permitiu desvelar meu objeto de estudo, transitar entre várias esferas de atuação na instituição e sentir-me, ao mesmo tempo, dentro e fora dela.

#### 4. Adolescentes: indivíduos ou grupos vulneráveis?

No programa observado, a maioria do/as adolescentes tinha menos de 16 anos de idade, portanto, eram considerados sujeitos vulneráveis pelo sistema de regulação ética das pesquisas em saúde envolvendo seres humanos (GUERRIERO, 2016; OLIVEIRA; SIQUEIRA, 2004; DINIZ; GUILHEM, 2002; DELOR; HUBERT, 2000). Assim, o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) solicitou que os responsáveis assinassem o consentimento para a participação do/as filho/as na pesquisa. A vulnerabilidade ocorre quando os participantes têm menor poder de decisão em comparação aos pesquisadores, assim, estariam sob maior risco de sofrer danos devido a uma capacidade reduzida de proteger seus interesses (ROGERS; BALLANTYNE, 2008).

Em geral, o/as adolescentes frequentam as consultas acompanhados/as pelos responsáveis, os quais ocupam o lugar do/as filho/as na interação com os profissionais de saúde. A isenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) dos responsáveis pode ser essencial nesse contexto específico, em que o poder decisório desses indivíduos já está extremamente comprometido pela presença de alguma doença e/ou mal-estar. Parte daquele/as que recebem atendimento não o fazem por vontade própria. São levado/as pelos pais ou outros adultos responsáveis. A inclusão do/a adolescente em uma pesquisa qualitativa sem que fosse de seu interesse participar certamente comprometeria os dados obtidos nas entrevistas.

Entretanto, à época da submissão da pesquisa ao CEP, ainda não havia resolução específica que tratasse das especificidades éticas das pesquisas nas ciências humanas e sociais, considerando as metodologias relativas a essas áreas (BRASIL, 2016). Assim, não havia, de imediato, um entendimento de que a relação pesquisadora-adolescente se construiria continuamente no trabalho de campo, podendo implicar redefinições no curso da pesquisa “no diálogo entre subjetividades, implicando reflexividade e construção de relações não hierárquicas” (GUERRIERO, 2016, p. 2622), sendo fundamental o estabelecimento de vínculo direto com o/a adolescente, incluindo a assinatura do TCLE.

Dessa forma, embora o processo de obtenção da aprovação do CEP tenha sido longo, com duração de cerca de oito meses (abril a dezembro de 2013), atendendo aos nossos argumentos nessa pesquisa, foi aprovada a supressão do TCLE dos responsáveis, sendo a solicitação de autorização formal (TCLE) e o vínculo estabelecidos diretamente com as adolescentes, dimensão que se revelou crucial para a aproximação, a interação e a imersão no universo social dessas usuárias. Assim, inicialmente, o contato da pesquisadora com os responsáveis era feito, em geral, na sala de espera, acompanhados por seus/suas filhos/as, momento em que estes/as eram convidados a participar da pesquisa com ciência de seus pais. Somente durante a entrevista, em momento posterior e privado, entre pesquisadora e adolescente, o TCLE era introduzido. Tal estratégia revelou-se profícua, por conferir autonomia aos/às adolescentes, pois, naquele momento em que estávamos a sós, o/a adolescente tinha a liberdade de expor seu desejo de participar ou não da entrevista, sem o receio de represálias por parte dos responsáveis ou da equipe de saúde.

## 5. A pesquisadora: uma estranha na equipe de saúde?

O atendimento do ambulatório do PTA funcionava regularmente, uma manhã por semana, e contava inicialmente com atendimento de psiquiatria, de psicologia, de nutrição e de clínica médica/pediatria. Quando cheguei ao programa, fui prontamente apresentada à nutricionista, aos pediatras e a alguns residentes. A nutricionista ficou aliviada ao saber que, mesmo sendo nutricionista, nunca havia trabalhado com TA. Sentiu-se então à vontade para partilhar sua compreensão de que a nutrição não tinha muito a fazer pelas adolescentes e que os esforços dos profissionais deviam centrar-se no atendimento em saúde mental. Seu posicionamento sobre a atuação do profissional de nutrição no enfrentamento aos TA refletia-se em sua conduta no serviço. Poucas vezes a vi atender, pois, modo geral, eram as residentes que o faziam. Inicialmente, era ríspida e parecia incomodada com minha presença. Ao final do campo, nossas divergências quanto às possibilidades de

atuação profissional naquele espaço perante os adolescentes tornaram-se menores. Eu percebia que assuntos pessoais (como falar sobre sua família, rotina com a casa e viagens) eram bem-aceitos e rendiam boas conversas, ao passo que questionamentos sobre atuação profissional eram cortados ou mal recebidos. Tal postura revelava um dissenso sobre a postura profissional, uma vez que, não raro, posicionava-me de modo diverso ao da nutricionista nas reuniões de orientação com as residentes, o que não perpassava para o campo pessoal, posto que cheguei a ser convidada para comemorar a aprovação de seu filho, médico, na residência. Passei então a conversar sobre as implicações da alimentação ou de sua carência para as adolescentes diretamente com as residentes, essas, sim, sempre muito solícitas.

O programa possuía duas psicólogas, uma delas mais antiga na instituição, responsável pela escuta inicial de adolescentes quando estes chegavam ao serviço. Os atendimentos subsequentes seguiam com a outra psicóloga, que não detinha situação ocupacional estável, sendo contratada e não concursada. Assim chegou a acreditar que eu tentava ocupar seu lugar na equipe e que meu trabalho era o mesmo realizado por ela: dar voz às adolescentes! Logo que iniciei as entrevistas, ela ficou curiosa em relação ao que conversávamos, mas nunca falou diretamente sobre isso comigo. Costumava dizer que eu não teria sucesso nas entrevistas, pois as adolescentes eram muito fechadas e se recusariam a falar sobre sua intimidade com uma estranha. Foram as próprias adolescentes que referiram que a psicóloga queria detalhes sobre as entrevistas e sobre o que eu perguntava. Acredito que tenha chegado a se queixar com a coordenação, pois fui repreendida algumas vezes por acharem que estava passando por cima do trabalho da saúde mental. O campo finalizou sem que houvesse, por parte das psicólogas, um entendimento do que eu fazia lá. No entanto, essa falta de compreensão as atingia de formas diferentes: a coordenadora do programa sentia-se desconfortável por não ter o controle sobre o que eu estava fazendo, o que era comum com os outros membros da equipe de saúde; para a psicóloga contratada, a questão residia em pensar que minha presença reduziria sua importância no serviço; com a psiquiatra, nunca consegui

contato próximo, pois, durante o trabalho de campo, ela se afastou para atuar em outro setor do hospital universitário.

Um casal de pediatras, ambos jovens, pouco mais velhos que eu, atuava como clínicos entre o restante da equipe. O pediatra era o único homem. Havia recém-entrado na residência em psiquiatria, o que o fez deixar de atuar no PTA. Durante o tempo em que lá estive, ficou claro o quanto seu posicionamento contrastava com a coordenação no tocante a certos temas, como critérios para admissão no programa e idade limite para os atendimentos. Era difícil manter-me distante desses conflitos, pois era cobrada por ambos para me posicionar diante das disputas internas, quando ainda não conhecia os membros da equipe e o funcionamento do programa. Não queria e não me sentia confortável em tomar partido por um ou por outro lado, pois a escolha de um dos lados me fecharia portas ao outro e, mesmo tendo noção de que não havia como me manter neutra, pois minha presença já estava afetando o desenrolar das relações dentro da equipe de saúde, procurava acalmar os ânimos, sem defender ou acusar ninguém (GUTBERLET; PONTUSCHKA, 2010; MINAYO; GUERRIERO, 2014). Nem sempre buscar essa imparcialidade foi aceito sem que sofresse retaliações, ainda que de forma momentânea.

A pediatra sempre foi muito solícita comigo, convidava-me a participar de suas consultas e gostava da minha presença na discussão com os residentes ao final dos atendimentos. Era casada, tinha um filho pequeno e, mesmo sendo jovem, era muito respeitada pelas adolescentes, que a achavam “durona”.

Ao seu lado, vivenciei uma cena que me marcou. Uma adolescente com AN estava emagrecendo continuamente e havia sido alertada sobre uma possível internação<sup>2</sup> caso retornasse mais magra. Na semana seguinte, ao ser pesada na consulta, havia perdido um quilo e meio, e a necessidade de uma internação foi confirmada pela pediatra/clínica.

<sup>2</sup> Para conhecer sobre o processo de internação hospitalar e suas singularidades no âmbito da atenção prestada aos adolescentes em tratamento ambulatorial, consultar CASTRO-VIANEZ (2015), especialmente, capítulo 5, intitulado “A internação: uma ameaça constante no tratamento”.

Seus pais a aguardavam na sala de espera, enquanto a adolescente buscava se justificar das mais diversas formas afirmando estar seguindo à risca tudo o que fora acordado na semana anterior, mas a médica se posicionava firmemente.

A adolescente chorava e suplicava por uma nova chance, e fiquei mobilizada pela cena. Não conseguia entender porque a médica era tão firme. Várias vezes, tive vontade de sair da consulta e, por alguns minutos, fiquei com raiva da pediatra e de sua insensibilidade. Queria abraçar a adolescente, interromper seu sofrimento, dar o apoio que dizia não receber de seus pais e que me parecia não estar recebendo do serviço de saúde. Deixei de ocupar o lugar de pesquisadora, tinha dificuldades em obter o distanciamento necessário (OLIVEIRA; PICCININ, 2009; VELHO, 1978). Como seguir naquele momento? Como proceder com esse misto de sentimentos? Estava completamente perdida. Comecei a temer pelo término da consulta, quando estaríamos apenas a pediatra e eu e ela me questionaria sobre seu posicionamento.

Durante a consulta, a adolescente expressava sensação de impotência, dizia querer provar que conseguiria sozinha, que poderia se superar e dar conta de recuperar os vários quilos perdidos. A médica frisava que a adolescente não precisava provar nada nem conseguir sozinha, que havia pessoas naquele programa para ajudá-la a se recuperar. Na presença dos pais, embora tenha passado grande parte do tempo chorando com a cabeça baixa, explodiu algumas vezes queixando-se da falta de apoio e da cobrança por melhoras sem auxílio algum.

Ao término da consulta, penso que a pediatra tenha percebido meu desconforto e começou a narrar a respeito das condições de saúde da adolescente. Esta havia tentado se matar diversas vezes; chegou ao PTA necessitando usar cadeira de rodas, de tão fraca; e passou por internações anteriores em clínicas privadas. Caso a médica se deixasse envolver, estaria sendo conivente com a situação e poderia colocar a vida da adolescente em risco. Meu desconhecimento sobre o trato diário com a doença somado à empatia com o sofrimento expresso pela adolescente me levariam a uma atitude que poderia não ter volta. Passei a admirar o trabalho da pediatra, a compreender a importância de sua firmeza e

a perceber as nuances entre sua forma de tratar as adolescentes e a dos outros profissionais de saúde do programa, mas e eu? Poderia julgar aqueles que não conseguiam ser tão firmes no trato com adolescentes? Havia me preparado por meses para estar em campo, para passar por todo o tipo de situações; havia lido muito sobre o comportamento de portadores de TA e seu forte poder de convencimento e, mesmo assim, não consegui me manter a distância naquele episódio. A maioria dos atendimentos era feito por residentes, jovens e recém-treinados no atendimento aos TA. Por um lado, como cobrar deles não se deixarem seduzir pelos apelos adolescentes? Por outro lado, comecei a avaliar que ser bonzinho nesse processo poderia conduzir esses adolescentes à morte. Logo percebi que a firmeza nas atitudes e na tomada de decisões era um traço essencial para atuar naquele espaço, preche de sofrimento e de conflitos.

O tratamento que recebi da coordenação do programa foi cordial. Inicialmente, minha presença foi muito estimada, pois conferia, ao serviço, certa distinção que a pesquisa, aliada aos requisitos de ensino e de extensão existentes no PTA, possuía na universidade. Porém, meu prestígio inicial não durou muito tempo, e o lugar de destaque que havia conquistado foi, aos poucos, sendo diluído. Como passava grande parte do tempo em campo observando e tomando notas, e o acesso ao conteúdo de meu diário de campo e às entrevistas era restrito em razão do sigilo, da confidencialidade e do anonimato que regem nossa interação com os sujeitos de pesquisa, minha presença passou a causar certo incômodo. Depois de alguns meses em campo, comecei a ser questionada sobre o término da pesquisa e o tempo de duração do doutorado. Knauth (2010) ressalta que o tempo exigido para a realização de uma etnografia é uma das maiores dificuldades na área da saúde coletiva.

Minha relação com a equipe de saúde teve momentos de aproximação e de distanciamento. Buscar um bom relacionamento não me poupou de estar, com certa frequência, envolvida em tensões e em discordâncias próprias do cotidiano do serviço de saúde e do tratamento dos TA. Sofria boicotes, sentia resistência à minha presença nos espaços, fui alvo de ciúmes, mas também de empatia. Embora minhas pesquisadas fossem

as adolescentes com TA, estava longe de ser neutra. A equipe de saúde estava presente no meu campo. Antes de estabelecer, como pesquisadora, um contato mais próximo com as adolescentes, foi por intermédio de tais profissionais de saúde que conheci o espaço onde convivemos por quase dois anos. Foram eles que, ao aceitarem minha presença em suas consultas, permitiram-me o contato inicial com adolescentes e com familiares. Ao mesmo tempo, sabia que minha presença também significava a chegada de um elemento estranho que foi inserido naquele ambiente sem que fossem consultados.<sup>3</sup> Não tinha conhecimento das relações interpessoais antes existentes, da hierarquia de poder atuante. Mesmo atraindo mais curiosidade e interesse do que antipatia, muitas vezes pairava sobre mim a desconfiança de alguém que, mesmo estando presente no cotidiano, era marcadamente externo à equipe. Mais do que observadora, era por eles também observada (FOOTE-WHYTE, 2005).

## 6. O delicado/difícil lugar da família

Em se tratando de adolescentes com TA, quem faz a mediação fornecendo as informações necessárias e auxiliando a equipe de saúde a formular hipóteses diagnósticas são os familiares, intimamente imbricados no processo de adoecimento de seus filhos. Assim, busco aqui refletir sobre a relação que desenvolvi com esses sujeitos e sobre como procurei me encontrar e me posicionar nessa triangulação de interlocutores, ou seja, entre adolescentes, seus familiares e os profissionais de saúde.

Minha relação com os familiares das adolescentes, assim como com a equipe de saúde, oscilou durante quase todo o campo. Quando apresentada nas consultas, era bem-recebida, interessavam-se por mim, apesar de não entenderem o que eu fazia. Quando a abordagem ocorria na sala de espera, a recepção era diferente, desconfiada e nem sempre amistosa.

---

<sup>3</sup> No que fui apresentada à equipe pela coordenação do programa, com autorização de dirigentes do serviço de saúde, reconheço a relativa autonomia dos vários profissionais da equipe para se recusarem à convivência com novos integrantes ali presentes.

Em um único caso fui questionada por uma mãe por que ela não poderia participar da entrevista com sua filha. Incomodada com o fato de ter sido deixada de lado em razão do fato de estarmos – pesquisadora e a adolescente – sozinhas em uma sala fechada, conversando, ela interrompeu a entrevista acompanhada pela nutricionista e se surpreendeu com o fato de a filha ter assinado o TCLE como “se fosse uma adulta”, comentário por ela proferido em tom irônico. Neste caso, a mãe respondia e opinava pela filha e, mesmo nas consultas, pouco se ouvia a voz da menina. Daí seu incômodo com a situação de privacidade da entrevista. No geral, essa postura de controle e de cerceamento dos familiares aos adolescentes não se restringia apenas à relação dessas mãe e filha. Muitas adolescentes pouco interagem durante as consultas. Ao contrário, os responsáveis respondiam às questões, ainda quando nominalmente direcionadas às adolescentes.

Quando chegavam ao serviço de saúde, por vezes, o relacionamento entre pais e filho/as já estava desgastado pelas tentativas anteriores de superar o transtorno sem auxílio profissional ou por terem passado por outras instituições onde o tratamento não havia surtido o efeito desejado. Ao mínimo estímulo, surgiam brigas difíceis de serem administradas pelos profissionais de saúde, revelando a alta carga de estresse a que essas famílias estavam submetidas. Quando havia um relacionamento familiar harmonioso, era comum os responsáveis ainda não terem se dado conta da gravidade da situação. Riam das recomendações médicas e da adolescente que aparecia mais magra no retorno à consulta. No entanto, quando se davam conta da gravidade do problema, a família parecia adoecer por completo.

Foi preciso que eu mergulhasse nesse universo de emoções, de conflitos e de medos para entender o que se passava com esses familiares. Não é difícil imaginar o sofrimento ao qual estavam expostos ao verem suas filhas morrendo aos poucos diante de seus olhos, com a comida disponível para elas. Porque elas não comem? O que mudou? O que aconteceu? Neste ponto, destaco a importância de o cuidado ser estendido também aos pais, que investiam tempo e energia, muitas vezes, não vendo algum resultado ou passando por várias recaídas, sem terem

suas questões consideradas. É possível julgar ou condenar esse familiar que se atropela, grita, repreende, chora? Da mesma forma como ocorreu na relação que mantive com a equipe de saúde, também com os pais, inicialmente, minha tendência foi julgá-los socialmente como responsáveis pelo mal-estar de suas filhas. O esforço de reflexão e de relativização, necessário ao pesquisador em campo, mais uma vez me conduziu a retroceder e a considerá-los, a entendê-los e a escutá-los, do lugar que ocupavam nessa relação com o adoecimento de suas filhas.

Passei então a ser convidada para conversar. Procuravam-me para tirar dúvidas, ofereciam-me biscoito ou algo que estivessem comendo enquanto aguardavam os atendimentos. Cheguei mesmo a receber e-mail de uma das mães perguntando sobre a saúde de sua filha. Tornei-me uma ponte para os familiares que me viam mais próxima da equipe de saúde e das próprias adolescentes do que eles mesmos. Rever minha posição em campo foi necessário por diversas vezes. Acredito que o caminho da reflexividade na pesquisa seja exatamente esse. Aos poucos, ganhei a confiança dos familiares e, a partir daí, essa relação não mais oscilou. Entretanto, sabia que o estabelecimento do vínculo com eles poderia me afastar das adolescentes, das quais estava cada vez mais próxima. Sabe-se que, muitas vezes, os adolescentes não partilham suas questões com os adultos por entenderem que não receberão a atenção desejada por serem consideradas “coisas de adolescentes”, próprias da idade, mas também por entenderem que pertencem a um universo geracional distinto, no qual não cabe recorrer ao auxílio adulto (MARTÍNEZ-HERNÁEZ; MUÑOZ GARCÍA, 2010).

Uma vez mais, foi necessário ponderar, afinal, se fosse vista pelas adolescentes como uma adulta (acho que me viam mais próxima delas do que da equipe de saúde e dos familiares), elas poderiam deixar de recorrer a mim. Contudo, eu poderia simplesmente me afastar desses pais em meio a todo sofrimento que estavam vivenciando? Quais implicações essa postura traria para a pesquisa? Conforme destaquei, embora inicialmente me olhassem com desconfiança, aos poucos, foi em mim que conseguiram um ponto de apoio; alguém que, ao mesmo tempo, ocupava uma posição de fora e de dentro do universo das adolescentes e

também da equipe de saúde, com quem podiam desabafar e, na medida do possível, esclarecer dúvidas. Uma vez que entendi o quão difícil é a posição desse familiar, deixar de considerá-lo tornou-se impossível. Fiz a opção por acolher as demandas dos familiares sempre que era solicitada. Não buscava aproximação, mas também não a evitava. Acredito que esse posicionamento não tenha influenciado a relação que mantinha com as adolescentes, mas fez diferença para muitos familiares.

## 7. Aproximação ao sofrimento das adolescentes

Com pouco mais de quatro meses em campo, as entrevistas se iniciaram. A essa altura, já conhecia as adolescentes e seus responsáveis pelos nomes, bem como conhecia suas trajetórias no serviço de saúde. Ao todo, realizei 11 entrevistas, dez com adolescentes do sexo feminino e uma com adolescente do sexo masculino. Todas as adolescentes que estavam em acompanhamento regular na ocasião da pesquisa de campo foram convidadas. Houve apenas uma recusa, de um adolescente de 11 anos. Considero que, se o tivesse convidado em outro dia, a resposta teria sido diferente, posto que aceitava bem minha presença nas consultas.

No dia em que ocorreu a recusa, eu havia esquecido meu estojo de lápis em casa e estava com uma caneta emprestada. A caneta era lilás, e o adolescente se negou veementemente a preencher seus dados com caneta daquela cor. Exigiu uma caneta azul ou preta, então, sugeri que ele falasse e eu anotaria seus contatos. Só assim ele aceitou. Para o adolescente, o diagnóstico de AN, doença reconhecidamente mais presente entre mulheres e homens homossexuais (VO; LAW; RUBINSTEIN, 2016; KINASZ *et al.*, 2016), deixava-o mais confuso e angustiado. Sua sexualidade parecia estar sob suspeita e associada ao diagnóstico de AN, o que era agravado pelo seu atraso no desenvolvimento de caracteres sexuais (sua voz ainda era fina, não haviam crescido os pelos próprios da transição do corpo de criança para o de adolescente, em sua pele não havia qualquer sinal de acne). No PTA, ele era considerado um adolescente infantil, chato e, para uma das profissionais de saúde que o atendia, “meio veado”. Para mim, era apenas um adolescente muito ansioso.

Ao contrário da visão da equipe sobre sua infantilidade, creio que buscava meios de sobreviver com toda a responsabilidade que tinha que assumir com tão pouca idade. Sua mãe, ainda jovem, desistiu de um casamento semanas antes do evento. Pouco depois, foi estuprada pelo pai do adolescente, que foi assassinado na frente dela quando ele tinha apenas dois anos. Desde essa época, a mãe faz acompanhamento psiquiátrico e parece não ter conseguido se restabelecer do trauma. Sempre moraram com os avós maternos. Depois, mudaram-se para o andar de cima da casa do avô, buscando mais independência. Assim, o adolescente era responsável pelas tarefas domésticas e cuidava dos gastos financeiros, assumindo, precocemente – ele tinha cada vez mais consciência disso –, as responsabilidades de um adulto, na falta do pai e da mãe.

Por um lado, ao final do meu trabalho de campo, ele parecia menos preocupado com a questão da alimentação, perguntando menos sobre como perder peso. Até chegou a engordar um pouco. Por outro lado, porém, a angústia por exteriorizar o homem que ele já era dentro de casa, assumindo tantas responsabilidades, só aumentava. Assim, compreensivelmente, procurava negar e afastar de si tudo o que o tornasse mais frágil ou menos masculino, inclusive, o diagnóstico de AN (RUSSELL; KEEL, 2002; HOSPERS; JANSEN, 2005).

Em campo, meus receios foram se desfazendo. Sentia-me ligada aos adolescentes com os quais convivía todas as semanas (GUERRIERO, 2006). Cada história me tocou verdadeiramente. Fui então surpreendida pelo *anthopological blues* (DAMATTA, 1978). Voltava para casa todos os dias desejando que a semana passasse depressa para encontrá-las mais uma vez e saber como estavam. Por um lado, compartilhar, de certa forma, o universo cultural mais amplo de minhas entrevistadas – ser mulher, ser jovem, ser de classe média, ser carioca; gostar de músicas, de filmes e de seriados – funcionou como facilitador do encontro etnográfico (SILVA, 2004). Por outro lado, a necessidade de me colocar no lugar do outro para captar vivências e experiências particulares e, ao mesmo tempo, conseguir o que Velho (1978) nomeou *um mergulho profundo* me fez perder noites de sono sem saber se conseguiria alcançá-lo. O autor destaca que:

O processo de estranhar o familiar torna-se possível quando somos capazes de confrontar intelectualmente, e mesmo emocionalmente, diferentes versões e interpretações existentes a respeito de fatos, situações. (VELHO, 1978, p. 45).

Estar apoiada por um referencial teórico foi um fator relevante para avançar com a pesquisa e vencer minhas inseguranças e incertezas.

Tamanini (2010) destaca que o pesquisador não se sente mais confortável com os profissionais de saúde do que com os informantes, pois, com estes, há também um confronto de éticas entre as possibilidades existentes em um tratamento, tendo o pesquisador, muitas vezes, visão discordante. Houve uma época em que senti que deveria encerrar a pesquisa, pois não havia adolescentes novas ingressando no programa. As que seguiam em acompanhamento já haviam sido entrevistadas. Nunca tive qualquer dificuldade com as adolescentes. Umhas eram mais afetuosas, entusiasmadas; outras, mais tímidas. Cada uma me fez querer continuar, mesmo sabendo que já era hora de concluir o campo.

O receio inicial de não conseguir estabelecer uma relação mais próxima com minhas pesquisadas estava apoiado em duas constatações: a primeira, a de que elas estavam quase o tempo todo acompanhadas por seus responsáveis, fosse na sala de espera, fosse nos atendimentos. A segunda, a de que havia uma imagem de que seriam fechadas ao estabelecimento de novas relações, muitas vezes, pelo fato de estarem em atendimento a contragosto, constrangidas pelos responsáveis, imagem essa reforçada tanto pela literatura (ABREU; CANGELLI FILHO, 2004; CARVALHO *et al.*, 2014), quanto pela equipe de saúde do PTA.

Conforme mencionei, em minha primeira visita ao campo, a coordenação do programa me confundiu com uma das adolescentes e, assim, passei a considerar que as próprias adolescentes poderiam me tomar como uma igual. Minha aparência jovial provocou reações de identificação, como: “Ah! Você entende, né?!”, dita por uma adolescente ao relatar as complexas relações sentimentais pelas quais dizia estar passando. Alguns temas próprios da juventude também eram tratados comigo sem mais explicações ou constrangimentos.

Tais acontecimentos me faziam lembrar uma conversa que tive com minha orientadora depois de uma das primeiras entrevistas que realizei. Parecia ser surpresa, entre todos no programa, a relação que aos poucos fui desenvolvendo com minhas informantes. Foi então que minha orientadora chamou a atenção para o fato de eu não ter feito uma passagem à vida adulta bem-demarcada: não era casada; não tinha filhos; era estudante, como elas; morava com meus pais; conseguia facilmente me identificar com o sofrimento das adolescentes e com suas angústias com o tratamento; tinha dificuldades de me posicionar no lugar social dos responsáveis, bem como da equipe de saúde, em que todos já eram adultos devidamente estabelecidos na hierarquia social. Minha posição dúbia entre as duas gerações contava a meu favor na pesquisa. Minha empatia sempre acompanhou as adolescentes e isso foi por elas identificado, abrindo-me possibilidades de interação centrais à pesquisa etnográfica. Havia aqui uma profunda empatia geracional com as adolescentes, além da posição de gênero que nos unia.

Allebrandt (2010) comenta um exemplo nessa mesma perspectiva. Ao relatar uma etnografia sobre implicações éticas produzidas pelo campo de estudos das novas tecnologias reprodutivas, a autora, feminista e sem filhos, ouviu de um informante que ele não teria dividido com ela suas experiências se soubesse que a pesquisadora não era casada e não possuía filhos. Com as minhas informantes, esse distanciamento nunca ocorreu. Comigo, eram falantes, felizes, talvez porque eu não as visse como crianças, dependentes e controladas por uma doença. Eram adolescentes, como tantas outras.

A presença das adolescentes no serviço as torna objeto de atenção médica, sendo muitas vezes observadas e examinadas, sem que lhes seja dada a oportunidade de falarem por si mesmas. Mol (2008) chama a atenção para o quão danosa essa postura dos profissionais de saúde pode ser e salienta a importância de que os pacientes sejam ouvidos e respeitados como sujeitos que têm o direito de fazer as escolhas centrais sobre suas vidas. Embora houvesse uma equipe preparada para atendê-las em uma rotina exaustiva de três a quatro consultas por dia, nem sempre as adolescentes eram ouvidas. Várias vezes, demonstraram-me gratidão pela

possibilidade de se expressar e, assim, pude desenvolver a capacidade de deixar falar, de ouvir, de observar (GUTBERLET; PONTUSCHKA, 2010). Nas entrevistas, especialmente nas longas conversas na sala de espera, as categorias *doença*, *anorexia nervosa* e *transtornos alimentares* não eram sequer mencionadas; pareciam não existir.

Com uma das adolescentes, desenvolvi uma relação mais próxima (ela corria para me abraçar quando nos encontrávamos na rua, convidou-me para dar uma palestra em sua escola, chamou-me para sentar com ela e com o pai em um encontro ao acaso em um restaurante próximo ao serviço de saúde), e nossas conversas rendiam bons momentos de descontração, mas cheguei a temer que nosso envolvimento pessoal pudesse limitar ou dificultar meu entendimento sobre seu adoecimento (FINE, 1993). Em uma pesquisa qualitativa, o próprio pesquisador atua como um ser social, ativo na sua investigação. Acredito que foi justamente nossa proximidade que me permitiu um olhar distinto sobre suas experiências (GUTBERLET; PONTUSCHKA, 2010) e as das demais adolescentes. Posso afirmar que as conheci verdadeiramente, o tanto que elas me permitiram conhecer, assim como elas conheceram um pouco de mim também.

## Considerações finais

Durante o curso de doutorado, fui aconselhada a relativizar algumas atitudes da equipe de saúde e a entender que a realidade dos atendimentos é difícil, que a falta de preparo pode levá-los a cometer erros, apesar do objetivo de acertar. Percebi que comecei a tomar partido das adolescentes em diferentes situações e isso ficava evidente quando falava sobre a pesquisa informalmente, mas também na análise e na escrita do material. Sentia-me afetada pelo que estava vivenciando, da mesma forma como sentia estar afetando aqueles com os quais convivía em campo. Assim, o exercício da reflexividade tornou-se um imperativo ao longo de todo o trabalho de pesquisa (MINAYO; GUERRIERO, 2014; GUERRIERO; DALLARI, 2008). É claro que essa postura reflexiva não pode ser pontual, mas um processo ativo e contínuo que perdura por

toda a pesquisa e deve se fazer presente em todas as etapas desenvolvidas, podendo o autor rever o que está sendo feito e olhar criticamente para sua posição na condução do trabalho. Reflexividade implica autoconhecimento, no qual o pesquisador assume uma posição ética para com seus interlocutores (OLIVEIRA; PICCININ, 2009).

De acordo com Fine (1993), os indivíduos se modificam diante do pesquisador, o pesquisador se modifica, bem como a sua atuação, dependendo da empatia e da relação que desenvolve com aqueles com quem dialoga em campo. O caso aqui considerado incluía familiares e equipe de saúde, além das adolescentes. Assim, precisei adotar uma postura mais flexível, menos crítica do Outro. Talvez, sem essa modificação do olhar, ainda que no meio do caminho, eu não tivesse o distanciamento necessário para finalizar a etnografia e não teria conseguido seguir em campo por tanto tempo, mantendo uma relação de cordialidade e de reciprocidade com todos os envolvidos.

Foi somente quando consegui pensar sobre os diferentes lugares que ocupava em campo e sobre as relações de proximidade e de compreensão com o triângulo vivenciado pelas adolescentes, pelos responsáveis legais e pelo serviço de saúde que passei também a me compreender como pessoa, jovem, mulher, profissional e pesquisadora. Sob esse ângulo, dedicar-se a uma pesquisa etnográfica é fazer um exercício de autorreflexão e de empatia (FINE, 1993; MINAYO, 2012; MINAYO; GUERRIERO, 2014), em que tudo o que foi construído foi afetado pelo pesquisador, pelos relacionamentos desenvolvidos e por suas características pessoais (MINAYO; GUERRIERO, 2014).

De acordo com Oliveira e Piccinin,

[a] reflexividade mostra que a postura do pesquisador, suas decisões teóricas e sua relação com os participantes criam um estudo único, não preocupado com a generalização e a descoberta das verdades, mas consciente e comprometido com sua forma de construção de conhecimento. (OLIVEIRA; PICCININ, 2009, p. 95).

Assim, minha pesquisa existe, da forma como é, justamente porque eu estava no PTA e por ter comigo, acompanhando-me, na construção desse trabalho, a equipe de saúde, os familiares e as adolescentes. Sem eles, nada do que foi dito neste capítulo teria sentido.

## Referências

ABREU, Cristiano Nabuco; CANGELLI FILHO, Raphael. Anorexia nervosa e bulimia nervosa: abordagem cognitivo-constructivista de psicoterapia. *Revista de Psiquiatria Clínica*, v. 31, n. 4, p. 177-183, 2004.

ALLEBRANDT, Débora. Entre novas e antigas questões: a ética como dilema da etnografia. In: SCHUCH, Patrice; VIEIRA, Miriam Steffen; PETERS, Roberta (org.). *Experiências, dilemas e desafios do fazer etnográfico contemporâneo*. Porto Alegre: Ed. da UFRGS, 2010. p. 179-182.

BERTUCCI, Marie Madeleine. Place de la réflexivité dans les sciences humaines et sociales: quelques jalons. *Cahiers de Sociolinguistique*, v. 1, n. 14, p. 43-55, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012*: aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Resolução n. 510, de 07 de abril de 2016*: dispõe sobre a pesquisa em Ciências Humanas e Sociais. Brasília, DF, 2016.

BOURDIEU, Pierre. Introdução a uma Sociologia Reflexiva. In: BOURDIEU, Pierre. *O poder simbólico*. 5. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2002. p. 17-58.

CARVALHO, André Férrer; NARDI, Eugênio; QUEVEDO, João. *Transtornos psiquiátricos resistentes ao tratamento: diagnóstico e manejo*. Porto Alegre: Artmed, 2014.

CASTRO-VIANEZ, Priscila Silva. *Desafios da atenção à anorexia nervosa em adolescentes: uma pesquisa etnográfica em serviço de saúde do Rio de Janeiro*. 244 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2015.

CASTRO-VIANEZ, Priscila Silva; BRANDÃO Elaine Reis. Desafios éticos, metodológicos e pessoais/profissionais do fazer etnográfico em um serviço público de saúde para atendimento aos transtornos alimentares na cidade do Rio de Janeiro. *Saúde & Sociedade*, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 259-272, 2015.

CASTRO-VIANEZ, Priscila Silva; BRANDÃO Elaine Reis. Desafios da atenção à anorexia nervosa na adolescência: etnografia em serviço público de saúde no Rio de Janeiro, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 9, p. 2917-2926, 2018.

DAMATTA, Roberto. O ofício do etnólogo, ou como ter “anthropological blues”. In: NUNES, Everardo (org.). *A aventura sociológica*. Rio de Janeiro: Zahar, 1978. p. 23-37.

DELOR, François; HUBERT, Michel. Revisiting the concept of “vulnerability”. *Social Science & Medicine*, n. 50, p. 1557-1570, 2000.

DINIZ, Debora; GUILHEM, Dirce. *O que é bioética*. São Paulo: Brasiliense, 2002.

FERREIRA, Jaqueline; FLEISCHER, Soraya. *Etnografias em serviços de saúde*. Rio de Janeiro: Garamond, 2014.

FINE, Gary Alan. Ten lies of ethnography: moral dilemmas of field research. *Journal of Contemporary Ethnography*, v. 22, n. 3, p. 267- 294, 1993.

FOOTE-WHYTE, William. *Sociedade de esquina*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.

GUBER, Rosana. *La etnografía, método, campo y reflexividad*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores, 2011.

GUERRIERO, Iara Coelho Zito. *Aspectos éticos das pesquisas qualitativas em saúde*. 318 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Departamento de Prática de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

GUERRIERO, Iara Coelho Zito. Approval of the resolution governing the ethics of research in social sciences, the humanities, and other disciplines that use methodologies characteristic of these areas: challenges and achievements. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, n. 8, p. 2619-2629, 2016.

GUERRIERO, Iara Coelho Zito; DALLARI, Sueli Gandolfi. The need for adequate ethical guidelines for qualitative health research. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 13, n. 2, p. 303-311, 2008.

GUTBERLET, Jutta; PONTUSCHKA, Nidia Nacib. Pesquisa qualitativa sobre consumo: experiências interdisciplinares. *Olhar de Professor*, Ponta Grossa, v. 13, n. 2, p. 217-224, 2010.

HOSPERS, Harm J.; JANSEN, Anita. Why homosexuality is a risk factor for eating disorders in males. *Journal of Social and Clinical Psychology*, n. 24, p. 1188-1201, 2005.

KINASZ, Kathryn *et al.* Does sex matter in the clinical presentation of eating disorders in youth? *Journal of Adolescent Health*, n. 58, p. 410-416, 2016.

KNAUTH, Daniela. A etnografia na saúde coletiva: desafios e perspectivas. In: SCHUCH, Patrice; VIEIRA, Miriam S.; PETERS, Roberta (org.). *Experiências, dilemas e desafios do fazer etnográfico contemporâneo*. Porto Alegre: Ed. da UFRGS, 2010. p. 109-114.

MACHADO, Paula Sandrine. *O sexo dos anjos: representações e práticas em torno do gerenciamento sociomédico e cotidiano da intersexualidade*. 266 f. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

MARTÍNEZ-HERNÁEZ, Ángel; MUÑOZ GARCÍA, Araceli. Un infinito que no acaba: modelos explicativos sobre la depresión y el mal estar emocional entre los adolescentes barceloneses (España). Primera parte. *Salud Mental*, v. 33, n. 2, p. 145-152, 2010.

MINAYO, Maria Cecília Souza. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, n. 3, p. 621-626, 2012.

MINAYO, Maria Cecília Souza; GUERRIERO, Iara Coelho. Zito. Reflexividade como ethos da pesquisa qualitativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 19, n. 4, p. 1103-1112, 2014.

MOL, Annemarie. *The logic of care: health and the problem of patient choice*. London: Routledge, 2008.

OLIVEIRA, Renata R.; SIQUEIRA, José E. Autonomia e vulnerabilidade na vida dos adolescentes. *Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba*, v. 6, n. 2, p. 57-61, 2004.

OLIVEIRA, Sidinei Rocha; PICCININ, Valmiria Carolina. Validade e reflexividade na pesquisa qualitativa. *Cadernos Ebape. BR*, v. 7, n. 1, p. 89-98, 2009.

PEIRANO, Marisa. *A favor da etnografia*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1995.

ROGERS, Wendy; BALLANTYNE, Angela. Populações especiais: vulnerabilidade e proteção. *RECIIS*, v. 2, n. 1, p. 31S-41S, 2008.

RUSSELL, Christopher J.; KEEL, Pamela. K. Homosexuality as a specific risk factor for eating disorders in men. *International Journal of Eating Disorders*, n. 31, p. 300-306, 2002.

SILVA, Daniela Ferreira de Araújo. *Do outro lado do espelho: anorexia e bulimia para além da imagem – uma etnografia virtual*. 2004. 143 f. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade de Campinas. Campinas, 2004.

TAMANINI, Marlene. Os desafios e implicações éticas para a pesquisa produzidos pela disseminação das novas tecnologias conceptivas no campo biomédico. In: SCHUCH, Patrícia; VIEIRA, Miriam Steffen; PETERS, Roberta (org.). *Experiências, dilemas e desafios do fazer etnográfico contemporâneo*. Porto Alegre: Ed. da UFRGS, 2010. p. 183-204.

VELHO, G. Observando o familiar. In: NUNES, Edson de Oliveira (org.). *A aventura sociológica: objetividade, paixão, improviso e método na pesquisa social*. Rio de Janeiro: Zahar, 1978. p. 36-46.

VO, Megen; LAU, Josephine; RUBINSTEIN, Mark. Eating disorders in adolescent and young adult males: presenting characteristics. *Journal of Adolescent Health*, n. 59, p. 397-400, 2016.



# 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](mailto: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](mailto: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](mailto: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