

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
: Luciana Lins Camello Galvão
: Denise Silva Macedo
: Wladimir de Andrade Oliveira
: 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




P Prefácio

Claudia Fonseca

A reflexividade de que trata este volume não seria parte inerente do ofício de pesquisador? Sem a eterna (auto)vigilância epistemológica (com suas dúvidas intermináveis), como poderia qualquer pesquisa se aprofundar? Sem essas dúvidas, seria muito fácil o investigador ceder às perspectivas dominantes do momento, formulando análises sem surpresas, repetindo o que “já sabemos” (sendo esse saber adequado ou não). Seria tentador se deixar guiar por dicotomias já gastas, que aprisionam os dados em classificações rígidas, ou por maniqueísmos morais, que dividem os acontecimentos, de forma precipitada, em bons e em ruins. Sem se afastar do senso comum (inclusive acadêmico), a análise tenderia a reiterar explicações simplificadoras, em vez de enfrentar a complexidade do mundo em que vivemos. A reflexividade, apesar de muitas vezes desconfortável, é produto e produtora das dúvidas que devem acompanhar todo o processo de investigação.

Como navegar, então, nesse mar de incertezas? Os autores e as autoras deste volume parecem de acordo: não há receitas. Avançar na pesquisa exige a destreza do dançarino na corda bamba. Cada novo passo exige um reajuste de corpo e de mente para manter o equilíbrio,



sem pular para o chão enganador do raciocínio reducionista, sem se deixar paralisar pela angústia e sem se entregar a platitudes pouco produtivas sobre o inevitável caos do mundo. Tal como Haraway (2016) recomenda, temos que ficar com o desafio das encrencas (*staying with the trouble*), ter a coragem de enfrentar (e, eventualmente, até de curtir) terrenos desconhecidos onde as balizas que tanto nos ajudaram no passado talvez não nos sirvam mais.

Felizmente, o pesquisador – pelos menos nas ciências sociais – raramente está sozinho. Na procura por uma saída que possa dotar o mundo de certa inteligibilidade, nossa reflexividade é atizada por múltiplos círculos de interlocução. Em primeiro lugar, temos o encontro etnográfico – o que, se não garante uma saída segura de nossos dilemas, pelo menos aponta para alguns caminhos promissores. Esse encontro, eminentemente intersubjetivo, agudiza nossa consciência do lugar que ocupamos dentro da realidade sob análise. Esse lugar é objeto de reflexão ao longo dos diferentes capítulos deste volume, mostrando o pesquisador como personagem da narrativa; com suas próprias motivações (por que escolheu um tema de pesquisa e não outro?), seu próprio corpo, seu sexo, sua classe e sua raça (como esses atributos emergem como elementos de interpelação?) e seus estados de alma (como é afetado pelas situações frequentemente perturbadoras da experiência de campo?). Contudo, essa personagem não se torna vedete da produção; não relega seus interlocutores ao papel de meros coadjuvantes. Pelo contrário, com sensíveis descrições de situações vividas, os autores tecem análises provocadoras que levam o leitor para dentro das dores, das alegrias e das frustrações de muitos outros – médicos, enfermeiras, cuidadores e sujeitos de sofrimento.

É no compromisso com pessoas de carne e osso, enfrentando circunstâncias particulares de determinado tempo e lugar – das alas hospitalares às escolas, das academias de ginástica às comunidades terapêuticas –, que o etnógrafo começa a se dar conta dos limites de sua perspectiva analítica até então. O seu próprio posicionamento ético e analítico assume contornos mais nítidos à medida que reconhece a heterogeneidade dos atores no universo sob estudo e a diferença entre suas respectivas

visões. Assim, as interlocuções da experiência etnográfica impõem (é quase inevitável) uma espécie de reflexividade desestabilizadora.

Porém, cabe lembrar que temos interlocutores também na arena acadêmica – em que enfrentamos provocações críticas de outra natureza. Especialmente na pesquisa em saúde que junta cientistas sociais com psicólogos, com nutricionistas, com médicos e com enfermeiras, a heterogeneidade de perspectivas cria um terreno desafiador de debate. Não apenas podem existir desentendimentos quanto a questões éticas envolvendo os objetivos e os procedimentos da investigação, como colisão entre filosofias epistemológicas. Em outro lugar, Nucci (2018) nos traz um exemplo de tal colisão na sua análise de uma rede interdisciplinar de neurofeministas composta, por um lado, de cientistas laboratoriais e, por outro lado, de cientistas sociais. As primeiras buscam contestar o uso de noções simplistas de gênero entre seus colegas das ciências biológicas, ao mesmo tempo que tentam localizar e aprofundar zonas de proximidade entre as neurociências e o feminismo. As cientistas sociais da rede, longe de procurar uma aproximação com as neurociências tradicionais, sublinham as discrepâncias entre aquelas ciências e o feminismo, apostando na produtividade do dissenso. Conforme Nucci (2018), as abordagens divergentes chegam a provocar rixas dentro da rede, de tal forma que a pesquisadora, que tenta transitar entre os dois campos (cientistas laboratoriais e cientistas sociais), vive com a sensação incômoda de ser uma dupla traidora.

Os capítulos do presente volume trazem histórias muito semelhantes sobre as ambivalências vividas por analistas lidando com interlocutores profissionais de diferentes orientações disciplinares (inclusive, alguns que cumprem o duplo papel de trabalhador de saúde e de pesquisador), que devem driblar a sensação de múltiplas traições. Seu desafio é aprender a conviver com essa tensão sem que as divergências inviabilizem a discussão ou a possibilidade de, eventualmente, forjar projetos em conjunto. A reflexividade provocada por essas interlocuções é capaz de provocar profundas transformações – não apenas do pesquisador, mas, eventualmente, do campo acadêmico como um todo.

Outro momento no processo investigativo, contudo, ainda exige, do pesquisador, uma autorreflexão intensa: o de apresentar resultados a diferentes plateias, acadêmicas e extra-acadêmicas. Quais elementos devem ser enfatizados e em que termos? Essa pergunta cresce em importância na medida em que o pesquisador assume o engajamento ético e afetivo em relação à realidade-alvo, não apenas insistindo na escuta atenciosa das vozes diversas, não somente tecendo análises que dão conta da complexidade da situação, mas também estimulando, com a disseminação dos resultados da pesquisa, maneiras cuidadosas de agir e de intervir (BELLACASA, 2010).

No ano passado, elaborei uma reflexão mais detalhada em resposta ao desafio lançado pelas organizadoras do presente volume (FONSECA, 2019). Voltei minhas indagações para meu lugar como membro de um círculo de interlocução multidisciplinar e extra-acadêmica voltada para o bem-estar de crianças abrigadas e adotadas. Descrevi o desconforto que sentia diante do repetido uso de imagens neurológicas em conferências voltadas para esse tema – desconforto que me motivou a fazer o estudo genealógico de uma imagem específica (apelidada, por uma observadora, de “a imagem dos cérebros-nozes”). Com essa pesquisa, aprofundi minha convicção de que a popularidade dessas imagens se apoiava em um raciocínio médico reducionista, sem grande conexão lógica com os problemas sendo debatidos. O apelo a uma versão simplista das ciências neurológicas não apenas ofuscava outras formas de intervenção (social, psicológica, educacional), mas também – a meu ver – arriscava reforçar preconceitos estigmatizantes contra crianças egressas de instituições de acolhimento. Minha pergunta – fonte de reflexividade quase obsessiva – era: o que fazer com os resultados de minha pesquisa, especialmente, quando continuava a assistir a eventos em que palestrantes se deleitavam em mostrar essa mesma imagem?

Enquanto me torturava com a pergunta – como e quando eu tinha o dever ético de me manifestar? –, presenciei uma cena que, mais uma vez, obrigou-me a pausar. Uma especialista jurídica, que projetava a imagem dos cérebros-nozes, mal tinha terminado sua fala sobre crianças supostamente estropiadas pela experiência de acolhimento institucional quando uma técnica de abrigo levantou-se e pediu a palavra. Encorajada

pelo aceno de cabeça de dois adolescentes (há tempo em acolhimento) sentados ao seu lado, ela frisou como ela e seus colegas investiam, diariamente, tremendos esforços para criar um ambiente de estímulo carinhoso e educativo para os bebês, as crianças e os adolescentes sob sua responsabilidade. Sua profunda indignação vinha da sensação de que o uso daquela imagem de cérebros atrofiados não apenas desqualificava seu próprio trabalho, mas também denegria as próprias crianças.

Seu desabafo foi aplaudido de pé pela vasta maioria de pessoas na plateia. Na hora, eu apenas podia pensar como os argumentos formulados por essa técnica, à base de experiências práticas, surtiam um efeito mais agregador do que qualquer comentário que eu, com base em estudos documentais da ciência, poderia formular. Naquelas circunstâncias, uma crítica precipitada minha poderia soar, pior do que redundante, paternalista, afugentando interlocutores, em vez de aproximá-los. A experiência me fez pensar que meus resultados de pesquisa não ficam soltos no ar, mas se inserem dentro de um jogo constantemente reconfigurado de vozes e de articulações pragmáticas. Passei então a entender que, mesmo depois do fim da pesquisa, nosso lugar nos debates do cenário político ainda não é nada evidente, dependendo dos efeitos que queremos gerar. Em certas condições, podem caber críticas contundentes e, eventualmente, denúncias abertas. Porém, em outras, é possível que alcancemos nossos objetivos de forma mais eficaz apostando nas pontes tácitas – momentâneas, instáveis e criativas – que se estendem entre as diferenças, para formar alianças pragmáticas (TSING, 2005).

A reflexividade que nos acompanha durante todas as etapas da pesquisa nos leva de volta à questão fundamental: quais efeitos procuramos produzir com nossa atuação profissional? Entretanto, no lugar de uma resposta clara, surge a convicção de que qualquer esclarecimento apenas se realizará com um paciente trabalho de colaboração. Assim, nos artigos deste volume, antes de procurar conclusões definitivas, devemos encontrar um convite para participar, em um exercício responsivo, da socialização de inquietações. Dessa maneira, juntos, ensaiamos passos para levar a ciência a círculos mais amplos de interlocução, no esforço – hoje mais urgente do que nunca – de alcançar o tipo de sociedade em que desejamos viver.

Referências

BELLACASA, Maria Puig. Matters of care in technoscience: assembling neglected things. *Social Studies of Science*. v. 41, n. 1, p. 85-106, 2010.

FONSECA, Claudia. Crianças, seus cérebros... e além: reflexões em torno de uma ética feminista de pesquisa. *Revista Estudos Feministas*, v. 27, n. 2, e 56169, 2019.

HARAWAY, Donna. *Staying with the trouble: making kin in the cthulucene*. Durham and London, Duke University Press, 2016.

NUCCI, Marina F. Crítica feminista à ciência: das “feministas biólogas” ao caso das “neurofeministas”. *Revista Estudos Feministas*, v. 26, n. 1, e 41089, 2018.

TSING, Anna. *Friction*. Princeton: Princeton Univ. Press, 2005.




Apresentação

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

Elaine Reis Brandão
Jaqueline Ferreira

1. Inquietações no ensinar e no fazer etnografias em saúde

Este livro é fruto de uma série de inquietações relativas ao ensinar e ao fazer etnográfico em saúde. Uma primeira abordagem dessa inquietação foi a obra *Etnografias em serviços de saúde* (FERREIRA;



FLEISCHER, 2014), que reuniu diferentes percursos e reflexões entre pesquisadores, professores e alunos do campo antropológico em saúde, apresentados em encontros e em congressos de ciências sociais ou de antropologia e saúde coletiva. Os estudos ali apresentados buscaram contemplar a articulação de uma etnografia densa com os cenários de saúde tradicionais e outros inusitados, além de temas que ilustrassem a diversidade do campo, mostrando como a etnografia, em serviços de saúde, está em constante construção e reformulação.

Outras inquietações estão presentes em nosso percurso, como pesquisadoras e professoras de ciências sociais e humanas em saúde coletiva. A saúde coletiva se constituiu, desde seus primórdios, em campo científico interdisciplinar que reúne produção de conhecimentos na interface entre vários saberes (história, sociologia, antropologia, ciência política, epidemiologia, medicina, entre outros), agregando diferentes modalidades de práticas em saúde. Na seara de conhecimentos da área de ciências sociais e humanas, o arsenal teórico da antropologia da saúde vem se firmando há alguns anos, no Brasil, como indispensável (DUARTE, 1986; DUARTE; LEAL, 1998; RABELO; ALVES; SOUZA, 1999; LANGDON; FÓLLER; MALUF, 2012). Dessa forma, ela tem sido sistematicamente buscada como campo de formação na pós-graduação *stricto sensu* por aqueles que desejam uma atuação mais reflexiva e crítica em saúde. Tal demanda, em geral, associa-se a uma postura profissional comprometida com os princípios que estruturam o Sistema Único de Saúde (SUS) e a defesa da justiça social.

Nossa experiência como docentes integradas à linha de pesquisa *Abordagens Sociológicas do Processo Saúde e Doença*, do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro, tem mostrado como, cada vez mais, profissionais de saúde de distintas formações (médicos, odontólogos, nutricionistas, farmacêuticos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, educadores físicos) têm se aventurando no aprendizado dos fundamentos teórico-metodológicos da pesquisa antropológica ou sociológica em saúde, focalizando seus estudos em cenários que, antes (ou ainda), são as suas práticas, com especial destaque para o método

etnográfico. Para esses, o desafio é colocar suas práticas profissionais em perspectiva, de forma a conhecer a totalidade das instituições de saúde que se propõem a pesquisar e apreender o processo de saúde e de doença de outro ponto de vista. Para nós, docentes, o desafio é transmitir os conhecimentos necessários para um embasamento teórico do exercício etnográfico, bem como estimular a reflexão crítica com base em uma perspectiva que privilegie a dimensão histórica dos conceitos estruturantes da reflexão antropológica em saúde – cultura, corpo, saúde, doença. Contemplamos algumas reflexões dessa nossa experiência docente no artigo “Desafios da formação antropológica de profissionais de saúde: uma experiência de ensino na pós-graduação em saúde coletiva” (FERREIRA; BRANDÃO, 2019).

Na continuidade de nosso investimento teórico, metodológico e didático na formação e na pesquisa nas ciências sociais em saúde, acreditamos ser fundamental formar pesquisadores que produzam conhecimentos permeados de processos, de ações, de significados e de sentimentos e os transmitam em narrativas fluidas e reflexivas. Nessa trajetória, estimulamo-los a refletir sobre as questões que surgem no trabalho de campo em diálogo com a bibliografia disponível e a apresentar, em suas narrativas, como se dá o processo de conhecimento e de aprendizado do ofício de pesquisador em saúde coletiva considerando a experiência etnográfica. Observamos que, para profissionais de saúde que se aventuram na etnografia, esse processo, que envolve as vicissitudes do trabalho de campo, o exercício da alteridade e a escrita reflexiva, é um caminho sinuoso, permeado de dúvidas, de receios e de hesitações.

Em virtude dessa experiência na formação, surgiu a ideia deste livro: uma coletânea com experiências etnográficas relatadas em textos reflexivos, que discutem processos inerentes a diferentes percursos de pesquisa, temas, problemáticas, formações e individualidades. Nessa perspectiva, aqui estão contempladas as experiências de colegas e, sobretudo, de alunas¹ em diálogo com suas orientadoras tanto de nossa

¹ Como a maioria das autoras são mulheres, assumiremos a nomenclatura feminina.

linha de pesquisa na Universidade Federal do Rio de Janeiro, como de colegas de outras instituições universitárias, parceiras de trabalho e de preocupações com o futuro do ensino e do fazer etnográfico. O desafio proposto foi estimular jovens pesquisadoras, iniciantes no universo antropológico, a expor suas subjetividades, seus receios e suas ousadias, que, normalmente, não são apresentados e discutidos como parte da construção científica.² Sabemos o quão difícil tal aproximação com o referencial antropológico se torna para profissionais de saúde, moldados em suas graduações universitárias pelo paradigma biomédico. Romper com essa suposta neutralidade científica, mergulhar visceralmente no campo, considerar sentimentos e emoções que afloram na experiência da pesquisa antropológica tem sido um grande desafio no processo de conversão de profissionais de saúde em pesquisadoras.

Esperamos que o compartilhar destas primeiras experiências etnográficas de muitas das autoras aqui reunidas demonstre a coragem e o arrojo de suas iniciativas, inspirando outras/os pesquisadoras/es em formação. O objetivo aqui também é contribuir para que novos leitores, vindos de outras áreas de conhecimento, distantes do pensamento antropológico, sintam-se menos solitários e estranhos nesse processo de treinamento e de imersão em um novo referencial teórico-metodológico após romper com certas epistemologias. Da mesma forma, é importante lembrar, aos colegas pesquisadores mais experientes e aos docentes, as dificuldades que esses profissionais de saúde encontram ao enfrentar esse novo universo, obrigando-nos a modular constantemente nossa forma de ensinar e de orientar.

Convidamos, para introduzir a obra, duas colegas antropólogas de diferentes países – França e Canadá – e instituições, as quais nos brindaram com reflexões preciosas sobre suas trajetórias de pesquisa. Mesmo estando em outro momento de suas carreiras como pesquisadoras, com larga experiência de pesquisa acumulada, elas nos apresentam

² Obra importante, que também discute os desafios teórico-metodológicos de experiências de pesquisa antropológica entre jovens antropólogas, é a coletânea *Entre saias justas e jogos de cintura* (BONETTI; FLEISCHER, 2007).

suas constantes reflexões e revisões de pontos de vista lembrando que a reflexividade é inerente à produção do conhecimento antropológico, sempre em construção e em renovação, refletindo, assim, a “eterna juventude” da disciplina.

Diante disso, o objetivo desta obra é colocar em perspectiva o manejo de várias pesquisadoras, em seus campos específicos, da reflexividade como um recurso heurístico e da produção de seus dados em interação com outros sujeitos no trabalho de campo. Para nós, a reflexividade torna-se uma questão imprescindível para ser analisada e discutida no posicionamento desses profissionais de saúde quando eles se deslocam para o lugar de pesquisadores. Esse aprendizado exige conduzir a reflexão sobre seu objeto de estudo e o percurso de pesquisa como imbricados em suas escolhas teóricas, éticas e políticas.

2. Sobre os percursos da etnografia no campo da saúde

A abordagem qualitativa em pesquisa, concebida como interpretativa com base na compreensão de casos precisos investigados *in loco*, é fortemente imbricada à antropologia. Esta e, mais especificamente, a etnografia, com seu referencial teórico-metodológico de excelência, preocupam-se em apreender a realidade, construindo seu saber por meio do empirismo da observação, da compreensão e da interpretação das relações sociais estabelecidas no trabalho de campo. Melhor dizendo, buscam analisar as culturas e as sociedades nas formas em que são vividas e interpretadas pelos membros do grupo, assumindo seu caráter dinâmico e problemático. Nesse percurso, os processos interpretativos vivenciados pelo pesquisador são experiências nas quais o sujeito descobre a si próprio em interação com seus interlocutores. Como nos diz Peirano:

Devemos deixar espaço para que nossos antecessores possam nos falar sobre sua experiência, possam nos informar sobre os problemas (teóricos ou existenciais) que enfrentaram, possam, enfim, nos fazer refletir a partir do que fizeram – lembrando que aprendemos pelos bons e pelos maus exemplos. (PEIRANO, 2014, p. 384).

Nessa linha de raciocínio, constatamos que corpo, saúde e doença sempre foram temas caros à antropologia, pois espelham aspectos medulares das diferentes sociedades e culturas. Malinowski (1986) já referia como, para os *Trobriand*, saúde, doença e morte eram resultados de magia e de contramagia. Igualmente, os trabalhos clássicos de Turner (1974) e de Evans-Pritchard (1978) observaram um processo semelhante entre os *Ndembu* e os *Azande*, especialmente determinado pelas relações sociais entre os indivíduos do grupo. Desde essas referências históricas da antropologia, a disciplina vem ampliando seus temas, seus objetos de pesquisa e suas reflexões epistemológicas. É nesse âmbito que, mais recentemente, a antropologia do corpo, da saúde e da doença forjou-se como campo de estudos adquirindo diferentes conformações de acordo com o contexto das escolas antropológicas.

A constituição da antropologia médica ou etnomedicina norte-americana e anglo-saxônica, desenvolvida prioritariamente por Kleinman (1980), a partir do século XX, era caracterizada, fundamentalmente, por um inventário instrumental de concepções de corpo e de doença, em que a antropologia serviria como tradutora para a biomedicina ou vice-versa, tendo consequências práticas para o tratamento. O Outro, que seria palco de intervenção terapêutica, ainda era visto etnocentricamente, como exótico/primitivo. Havia também uma dicotomia entre indivíduo e sociedade, pois, enquanto o primeiro poderia ser compreendido apenas à luz do referencial biomédico, a segunda, da perspectiva antropológica. Ademais, as doenças e os sistemas terapêuticos ainda estavam ligados à antropologia biológica e física.

Contrapondo-se à visão biomédica dos autores americanos, a antropologia da doença, introduzida na França por Marc Augé (1986), iniciou o processo de questionar a doença dentro de um sistema simbólico articulado, mostrando a relação entre desordem biológica e desordem social. Para o autor, interpretações sobre saúde e doença devem ser analisadas sob todo arsenal teórico disponível da antropologia social. Ou seja, para a tradição francesa, os objetos corpo, saúde e doença deveriam ser embasados pelo suporte teórico antropológico, como qualquer outro tema em estudo na disciplina. Consideram-se os diversos sistemas

médicos e discursos sobre corpo, saúde e doença como categorias culturais. A noção de pessoa e a concepção do humano são tratadas como uma construção social e histórica, pressuposta nas diversas concepções e práticas que envolvem o corpo, a saúde e a doença, em qualquer âmbito da vida social, em qualquer tempo ou espaço.

Recentemente, autores como Didier Fassin (1996a) e outros da Antropologia médica crítica, como Look e Nguyen (2010), reivindicaram a inclusão na antropologia de estudos sobre proteção social, sistemas de prevenção de epidemias e endemias, políticas internacionais de atenção primária em saúde, realçando-se a dimensão política e global do campo. Nessa perspectiva, a antropologia política da saúde estuda os processos de saúde e de doença como signifiante e significado imbricados à mudança social. Isso implica que a saúde não se reduz ao corpo e ao domínio médico. Ela pertence igualmente aos domínios jurídico, moral, tecnológico e intelectual. Assim, o estudo do corpo, da saúde e da doença coloca sempre em perspectiva o social e o político, revelando novos aportes, como Marisa Peirano já sinalizou:

a própria teoria se aprimora pelo constante confronto com dados novos, com as novas experiências de campo, resultando em uma invariável bricolagem intelectual. (PEIRANO, 2014, p. 381).

Desde então, os estudos etnográficos em saúde vêm crescendo em número, ampliando seus cenários e sujeitos de pesquisa (FERREIRA; FLEISCHER, 2014; FLEISCHER, 2018) e adquirindo diferentes conformações nas Américas e na Europa (SAILLANT; GENEST, 2012). No que se refere aos cenários de práticas de saúde e de estudos, eles estão cada vez mais complexos e sensíveis, no sentido atribuído por Albera (2001). Segundo o autor, campos sensíveis são aqueles em que, muitas vezes, estão presentes ameaças físicas, rendendo ao *métier* um caráter de heroísmo: favelas (ZALUAR, 1985; LEPOUTRE, 2001), máfia (BLOK, 2001), conflitos civis (MOUSSAOUI, 2001), por exemplo, mas há também os campos sensíveis do ponto de vista simbólico, relacionados à particularidade da situação etnográfica que implica a

inserção do antropólogo, o caminho metodológico a seguir e, certamente, a análise dos dados. Isso é particularmente pertinente no âmbito da saúde. Exemplos de trabalhos ligados aos temas da dependência química (RUI, 2014), do alcoolismo (ALZUGUIR, 2014), da saúde mental (MALUF; ANDRADE, 2017), da violência obstétrica (TORNQUIST, 2003), da violência sexual (SARTI; BARBOSA; SUAREZ, 2006) ou do aborto (MADEIRO; DINIZ, 2015)³ revelam a profusão de situações complexas e delicadas que representam desafios para o pesquisador.

Campos sensíveis e/ou inusitados na área da saúde incluem também as especificidades e as dificuldades de inserção e de estabelecimento de uma relação de confiança em campo. Eles envolvem ainda questões éticas de pesquisa, como nos apresenta Sylvie Fainzang nesta obra. Ela expõe sua apreciação pelos comitês de ética em pesquisa, agregando uma série de novos desafios na interlocução com tais espaços para aprovação ética das pesquisas (LANGDON; MALUF; TORNQUIST, 2016). Por um lado se, antes, os doentes ou os usuários dos sistemas de saúde eram o objeto da pesquisa, por outro lado, cada vez mais o universo tem incluído também os curadores e os cuidadores, como explicita Francine Saillant na primeira parte desta coletânea.

Não menos importante, o exercício da etnografia do meio científico – no qual Latour e Wolgar (1997) têm sido constantemente evocados como pioneiros – e, mais especificamente no nosso caso, da biomedicina (GOOD, 1977; LOCK; NGUYEN, 2010), tida como sistema cultural passível de leitura e de análise antropológica, envolve inúmeros desafios éticos, epistemológicos e práticos com os quais docentes e profissionais de saúde precisam se deparar. Desde então, diferentes enfoques vêm sendo implementados, como, por exemplo, problemas relativos à relação entre corpo e novas técnicas de manejo da vida (LUNA, 2007), influências das discussões em antropologia a respeito de corpo e relações de gênero (FONSECA, 2014), aprendizado da biomedicina (BONET,

³ Cabe lembrar que uma dessas autoras, Debora Diniz, tem sofrido ameaças de morte sistemáticas por grupos de extrema direita pelo fato de se posicionar e de lutar em prol da descriminalização do aborto no Brasil.

2004), entre outros. O exame desses novos campos de estudos busca analisar significados e efeitos das técnicas de diagnóstico (testes genéticos, diagnóstico por imagem) e de tratamento (tecnologias reprodutivas, terapias medicamentosas, indústria farmacêutica) sobre a esfera do íntimo, ressignificação do processo saúde-doença, da relação médico-paciente, da interação entre novas tecnologias biomédicas e práticas locais de saúde, da reconfiguração de noções sobre corpo, da corporalidade ou da articulação entre desigualdade e subordinação na comercialização dessas tecnologias, bem como na implementação de novos programas de saúde. Isso é particularmente caro aos pesquisadores que ainda estão no exercício profissional em saúde, uma vez que, quase sempre, os tempos antropológico e clínico são significativamente distintos, envolvendo um planejamento conjunto da pesquisa e das intervenções que a acompanham, se e quando necessárias.

Um exemplo é o trabalho de Claudia Fonseca (2019) que, afinada com uma antropologia da ciência, da infância e da adoção, demonstra como a antropologia da saúde é tangenciada por outros campos de conhecimentos antropológicos, ilustrando a riqueza da interdisciplinaridade de nossa área. Ela também assinala, inspirada em Bellacasa (2010), a necessidade de instituir o cuidado na prática científica ao abordar a difusão sem precedentes que imagens científicas de cérebros infantis considerados normais e daqueles tidos como negligenciados ganham ao circularem e ao serem reproduzidas sem o devido cuidado de sua contextualização nas condições originais em que foram inicialmente apresentadas. Os dilemas éticos resultantes de uma indiscriminada reprodução de juízos morais e de discriminações sociais derivadas do deslocamento de tais concepções científicas para modos de intervenção social e de governabilidade da infância deixam qualquer pesquisador sensível estarecido.

As pesquisas em saúde são exemplares para ilustrar como o processo etnográfico não pode se limitar a um método reduzido, a um conjunto de normas a serem aplicadas, como bem lembra Peirano (2006). Ele exige uma imersão total no campo e, ao mesmo tempo, constante vigília quanto à sua proximidade; exige vagar por ele, mas sem se

distrair; estar atento às suas singularidades, às suas possibilidades, a seus obstáculos e a suas incertezas. Dessa forma, a etnografia se desenvolve de acordo com as interações que são constantemente negociadas e renovadas. Dito de outra forma, é um processo feito de impasses, de adaptações que exigem constante reflexividade, que fazem com que o pesquisador tome decisões que afetarão o curso de sua pesquisa. Essas decisões influenciarão não somente seu percurso em campo, como também os conceitos que orientam a sua pesquisa.

3. Situando a reflexividade na pesquisa etnográfica

Em trabalho recente, Bertucci (2009) faz um inventário do surgimento da categoria *reflexividade* nas ciências sociais e da importância que ela adquire na reflexão e na prática socioantropológicas. A autora retoma os estudos sobre como a modernidade tem a afirmação do valor da subjetividade como central, dando lugar ao sujeito reflexivo: ele não é simplesmente produto do social, mas sujeito com capacidade de produzir o social. Assim, esse sujeito reflexivo resulta de uma transformação das condições culturais. Na mesma linha, Giddens (1994) fala da modernidade reflexiva como a capacidade do sujeito de produzir sua própria biografia, modelando, bricolando, estabelecendo escolhas com base em seu contexto e em identidades sociais. Ou seja, o processo de individuação reflexiva é o resultado de modificações profundas de condições culturais.

No que diz respeito ao conceito operatório nas pesquisas socioantropológicas, podemos conceber a reflexividade como todo o percurso da pesquisa envolvendo o subjetivo e/ou o resultado das relações que se estabelecem no campo com os pares acadêmicos, com os objetos,⁴ e que torna possível o conhecimento sociológico, levando em conta a própria crítica da sociologia e da epistemologia das ciências sociais. Nessa

⁴ Fonseca (2017), revisitando recentemente Latour, aborda como a relação do pesquisador com sua pesquisa se insere em uma rede de identidades interconectadas envolvendo não apenas a relação pesquisador-pesquisado e colegas acadêmicos, como também entidades não humanas, como micróbios, instrumentos e tecnologias, no caso de novos temas da antropologia da ciência.

perspectiva, a reflexividade é a capacidade do indivíduo em tomar a sua própria ação para analisar a gênese, os processos e as consequências dessa mesma ação. A reflexividade do autor/pesquisador deve ser assumida como um componente essencial da análise e da interpretação dos dados.

Isso não implica o autor ser apenas confessional, mas revelar-se como um ser social situado em sua posição de classe, de gênero, de raça/cor, de etnia, de geração, assim como seus interlocutores. Como refere Bourdieu (2003), as condições sociais do pesquisador também influenciarão suas escolhas dos objetos de pesquisa e da abordagem do problema. Esses aspectos devem ser explicitados no trabalho, não como um relato biográfico, mas como demonstração do processo de constituição do percurso da pesquisa e da análise dos dados. Para ele, isso é possível pela objetivação participante, método que se distancia tanto da observação participante, quanto da reflexividade pós-moderna, defendendo a vigilância constante que é necessária ao pesquisador, na medida em que sua prática científica é guiada por prenoções produzidas em um contexto social específico, do qual o pesquisador faz parte.

Goldman problematiza o termo *reflexividade* na seara do conhecimento antropológico referindo que:

“Reflexividade”, por sua vez, não significa nem “recur-sividade” (do tipo “antropologia da antropologia”), nem modo de objetivação (*à la* Levi-Strauss ou Bourdieu), nem meio de subjetivação (como no pós-modernismo). Essa modalidade de “reflexividade” está ligada a um dialogismo radical, nem platônico nem dialético, antevisto por Pierre Clastres (1968) e elaborado por Marilyn Strathern na sequência de Roy Wagner. Ela é, sobretudo, de ordem etnográfica e depende de uma abertura para a palavra nativa, do reconhecimento da resistência que esta nos impõe – e não da resistência que a ela impomos. Trata-se de explorar o sentido acústico de reflexividade – “um som se reflete de corpo que vibra a corpo que vibra” (Pignarre e Stengers, 2005: 178), não seu sentido óptico. Ou, nesse caso, reconhecer que, como escreveu Jean Cocteau, “os espelhos

deveriam refletir um pouco, antes de devolver as imagens”. (GOLDMAN, 2008, p. 8-9).

Por sua vez, situadas no campo da saúde coletiva, Maria Cecília Minayo e Iara Guerriero enfatizam a importância das trocas intersubjetivas em campo:

[...] que privilegia o tipo de investigação que inclui a presença do pesquisador na cena e sua relação de intersubjetividade com os grupos sociais, do ponto de vista ético. A atenção constante sobre como e o que ocorre no contexto empírico afeta o pesquisador e sua obra o que, por sua vez, afeta o campo e a vida social e recebe o nome de “reflexividade”. Nesses casos não é possível isolar o conhecimento produzido da pessoa que o produziu, portanto, a prática da reflexividade é permanente. (MINAYO; GUERRIERO, 2014, p. 1104).

No debate contemporâneo sobre a reflexividade, percebem-se a ambivalência e a não unanimidade que circundam essa noção. No entanto, o consensual é que a reflexividade pode e deve levar a um posicionamento crítico do pesquisador, permitindo a consolidação dos seus resultados por sua capacidade na argumentação de suas escolhas e na devolução dos dados ao seu universo de estudo. É o que postula Fonseca (1999a) ao referir que uma reflexividade metodológica não implica ocultar os conflitos, as incertezas, as falhas e as gafes, mas revelar um pesquisador hábil vencendo os obstáculos em campo. Ao contrário, ela quer mostrar como esses aspectos de hesitação e de reflexão são parte legítima do processo de pesquisa, devendo ser tomados como dados, pois influenciam diretamente nos resultados.

4. Os discursos sobre a alteridade na antropologia

O discurso sobre o exótico é intrínseco à antropologia. Nesse aspecto, o discurso sobre o Outro assumiu um lugar preponderante na

disciplina, inclusive, como objeto de manifestações de autores clássicos, como Lévi-Strauss (1950). Na perspectiva do autor, a alteridade não é possível somente pela diferença, mas também pela capacidade de um distanciamento intelectual desse Outro. Outro que, mesmo com suas diferenças, também é parte do Eu, na medida em que há uma parte subjetiva comum a todas as sociedades.

Os campos e os objetos de pesquisa antropológica foram mudando com o passar dos anos à medida que os antropólogos se voltaram para os estudos das sociedades ocidentais e, não raro, para a própria sociedade do pesquisador, as antropologias *at home*. Nessa perspectiva, a necessidade de encontro com uma alteridade radical não se torna mais necessária e nem mesmo desejável. No entanto, a alteridade, ainda que tenha mudado de dimensão, não desapareceu (PEIRANO, 1999).

Kilani (2000) aborda em sua obra *L'invention de l'autre* como o conhecimento antropológico é resultado de uma negociação entre os pontos de vista do antropólogo e de seus informantes, na qual a construção dos fatos e as alteridades são estabelecidas nas interações em campo. Nesse aspecto, não existe neutralidade possível, uma vez que o pesquisador contribui à construção dos fatos e dos sentidos, e tal elaboração deve ser explicitada na narrativa etnográfica. Autores como Fonseca compartilham dessa ideia:

[...] ao mergulhar em uma situação estranha é que o etnógrafo tem maior esperança de conhecer seu próprio universo simbólico. Ao reconhecer que existem outros “territórios”, ele enxerga com maior nitidez os contornos e limites históricos de seus próprios valores. Descentrando o foco de pesquisa dele para o outro, ele realiza *le détour par le voyage* – e só assim, completando o processo com a volta para casa, alcança a reflexividade almejada. (FONSECA, 1999b, p. 65).

Nesse contexto interativo entre sujeito-objeto, é preciso apontar que “sempre atribuímos, implícita ou explicitamente, um ponto de vista, uma perspectiva e motivos às pessoas cujas ações analisamos” (BECKER, 2007, p. 33). Em termos gerais, o olhar do pesquisador será determinado

em função do grau de distância ou de proximidade daquilo que observará, uma vez que o trabalho etnográfico, segundo Clifford (2008), é um meio sensível de produção de conhecimento por intersubjetividades.

Do ponto de vista de Velho (1994) e de DaMatta (1978), pode haver uma transformação do exótico em familiar, na qual o pesquisador sai do seu contexto social e se depara com uma realidade, a princípio, totalmente atípica, a fim de compreender a vida social (regras, valores, ideias) do grupo estudado. Em oposição, segundo os autores, há outro movimento mais drástico, possível de transformar o familiar em exótico, no qual o pesquisador deve exercitar a entrada na própria cultura realizando igualmente o estranhamento no encontro com o Outro.

Assim, destaca-se a importância de se questionar a subjetividade e a carga afetiva dentro da rotina intelectualizada da etnografia, isto é, trabalhá-las como um dado sistemático da situação de pesquisa, como DaMatta (2010) aponta. No caso específico de profissionais de saúde realizando pesquisas em serviços de saúde ou em outros espaços institucionais (escolas, associações da sociedade civil), trata-se de não desestimular a pesquisa no seu campo de trabalho pensando-a como inviável, mas de pensar na possibilidade de tornar a experiência profissional um dado em diálogo com os achados encarnados no lugar de pesquisador etnógrafo.

Os aspectos abordados remetem à necessidade de assumir a subjetividade na pesquisa, mas essa subjetividade não deve ser uma introspecção psicologizante e autocentrada no pesquisador, mas, sim, constitutiva de uma postura de pesquisa que explicita seus posicionamentos, suas escolhas e suas conclusões. Tendo em vista tais aspectos, muitos antropólogos são levados a pensar sobre suas emoções em suas etnografias, desde o clássico trabalho de Malinowski sobre os trobriandeses (1986), aos de Rabinow (1977) e de Rosaldo (1989), por exemplo. O artigo contemporâneo de Coelho (2019) ressalta a importância das emoções na produção do conhecimento antropológico e o tipo de escrita que elas suscitam. É o que observamos nos trabalhos que integram este livro, como o de Renata de Moraes Machado, Nathalia Ramos de Oliveira e Rachel Aisengart Menezes, que analisam os vieses das subjetividades no trabalho

em unidades de terapia intensiva, com cuidados paliativos e doenças terminais, bem como a formação de médicos residentes em cirurgia; e o de Fernanda Vecchi Alzuguir, que nos mostra os contornos sobre a vergonha por parte de seus interlocutores internados e/ou em tratamento ambulatorial para alcoolismo e a interferência desse sentimento na construção da confiança entre pesquisadora e pesquisados.

Sem dúvida alguma, a manifestação de distintas alteridades é particularmente relevante nas etnografias em saúde. Por exemplo, o caso de o pesquisador ser identificado como profissional de saúde em campo, mesmo quando não o é, não é novo (FAINZANG, 1987). Diante disto, é necessário conceber as lógicas em que os atores – pesquisador e pesquisado – se inserem, suas estratégias conflituosas e os diversos níveis de hierarquia que caracterizam suas relações sociais. Nesse aspecto, as representações sobre a identidade do pesquisador, dos profissionais de saúde e dos interlocutores constituem diferentes espectros de alteridade. Isso está ilustrado neste livro com a análise reflexiva de Alan Camargo Silva sobre as diferentes identidades que lhe foram atribuídas no campo de academias de ginástica, bem como com a de Natália Almeida Bezerra e Soraya Fleischer, quando a primeira autora realiza uma etnografia, sob orientação da segunda, em uma escola onde sua mãe era professora. Em se tratando de profissionais de saúde convertidos à pesquisa, como é o caso da maioria das autoras de nossa coletânea, é primordial a análise destes aspectos: por um lado, ter a marca social do profissional de saúde pode vir a ser positivo na inserção do pesquisador em campo, ao facilitar sua entrada e seu entendimento da dinâmica institucional; por outro lado, pode ser imprescindível o rigoroso e constante exercício de aproximação e de distanciamento do objeto, dos interlocutores e da própria intervenção, sob pena de comprometer seu ofício de pesquisador etnógrafo. É o que nos mostra o trabalho de Priscila da Silva Castro, nutricionista, que, nesta obra, discorre sobre esse exercício reflexivo na sua etnografia em um serviço de atendimento aos transtornos alimentares em adolescentes.

Tal como o pesquisador interfere no seu contexto de pesquisa, ele também é afetado por este. Na observação participante, participa-se

para observar e observa-se para participar. Esse momento coloca diferentes reflexividades em comunicação. Elas dependem do nível e do grau de interação que se estabelece com os informantes e dos sentidos que eles dão aos encontros. Pesquisas antropológicas ou, mais especificamente, etnografias reflexivas implicam o observador observar a si mesmo e as suas interações em campo, para analisar a forma como ele é afetado e como ele mesmo afeta esses contextos (GOLDMAN, 2008; FAVRET-SAADA, 1990). Isto é, parte-se sempre do princípio de que o “observador é parte do contexto sob observação, ao mesmo tempo modificando e sendo modificado por esse contexto” (SCHWARTZ; SCHWARTZ, 1995, p. 347). Como Minayo e Guerriero argumentam, toda pesquisa qualitativa é permeada por conflitos e por contradições, e isso é particularmente relevante no campo da saúde, pois “a construção de significados, por sua vez, é central para entendermos as questões relativas à saúde e à doença” (MINAYO; GUERRIERO, 2014, p. 1105).

5. A escrita etnográfica

Assumir a subjetividade como parte integrante da pesquisa é uma premissa central ao aprendizado do ofício de cientista social. Isso amplia a complexidade das problemáticas de pesquisa antropológica, tornando difícil uma descrição única, estável e sistemática, como se observa nas ciências exatas. Neste caso, a importância da escrita etnográfica se faz presente, pois o pesquisador é, de certa maneira, um autor assumindo certa forma de literalidade na redação (GEERTZ, 2005). No entanto, Fonseca chama a atenção sobre a questão da subjetividade no processo de escrita:

Para um estudo ser reflexivo não basta o autor falar de si mesmo. Na verdade, não obstante o alarido em torno das “rupturas epistemológicas” operadas pelos paradigmas pós-modernos, a introjeção da subjetividade na escrita acadêmica já existe há muito tempo. Clifford Geertz lembra que foi a influência do romantismo novecentista que levou Malinowski – um dos fundadores da antropologia – a misturar seu *spleen* à pesquisa “científica”. Em vez de ver a atual moda da antropologia reflexiva

em termos de uma ruptura epistemológica, este autor a apresenta como fruto da própria tradição antropológica. (FONSECA, 1999a, p. 65).

De fato, foi a antropologia pós-moderna que trouxe o texto etnográfico como alvo de reflexão sistemática, criticando o modo de se fazer etnografias até então. Ao analisar o discurso etnográfico do século XX, Clifford (2008), um dos seus representantes principais, constrói a ideia da autoridade do etnógrafo. Essa autoridade passa pelo próprio conhecimento etnográfico, no qual a etnografia é a base da identidade disciplinar da antropologia. Para o autor, o texto etnográfico é elaborado com base em interpretações e em relações intersubjetivas, ambas perpassadas por relações de poder entre antropólogos e nativos. Assim, de quem seria a autoria do texto? Ele questiona a autoridade do antropólogo nessa escrita. Para Clifford, os textos etnográficos situam-se em um complexo de relações: “Não há fronteiras definidas entre a etnografia e a experiência. A ‘experiência etnográfica’ é sempre textualizada e o texto sempre contaminado pela experiência” (CLIFFORD, 2008, p. 11). Mesmo que suas observações sejam contextualizadas no período colonial e pós-colonial europeu, ele ainda é evocado para se pensar as relações de autoridade do antropólogo em campo. Para o autor, a etnografia não deve mais ser experiência e interpretação (*à la* Geertz), mas uma negociação construtiva envolvendo dois ou mais sujeitos, dando lugar a paradigmas discursivos de diálogo e à polifonia (no sentido de análise do romance polifônico de Bakhtin). Isso tem a ver com a ideia de cultura aqui defendida, na qual é difícil conceber a diversidade humana como culturas independentes e circunscritas, mas como heteroglossia, em que “uma cultura é, concretamente, um diálogo em aberto, criativo, de subculturas, de membros e não membros de diversas facções” (CLIFFORD, 2008, p. 49). Para Clifford (2008), a autoridade do etnógrafo deve ser contestada, dando ao nativo o controle sobre o conhecimento adquirido no campo. Segundo ele, os nativos são colaboradores, não são somente enunciadores independentes, mas também escritores, o que dá espaço a novos estilos.

Tais assertivas têm provocado um acalorado debate na disciplina, forçando inúmeros antropólogos a reagir, alguns defendendo (CALDEIRA, 1988) e outros criticando Clifford veementemente. Oliveira (1996), por exemplo, condena uma escrita que seja controlável pelo leitor. Para ele, o autor não deve se esconder sistematicamente na capa de um observador impessoal representado pelo Nós. As vozes dos diferentes atores devem ser distinguidas, mas ele não tira a responsabilidade do antropólogo como autor do discurso antropológico ao qual está filiado:

O momento de escrever, marcado por uma interpretação *de e no* gabinete, faz com que aqueles dados sofram uma nova “refração”, uma vez que todo o processo de escrever ou de *inscrever* as observações no discurso da disciplina está contaminado pelo contexto de *being here* – a saber, pelas conversas do corredor ou de restaurante, pelos debates realizados em congressos, pela atividade docente, pela pesquisa na biblioteca ou library fieldwork, como, jocosamente, se costuma chamá-la, entre muitas outras atividades, enfim, pelo ambiente acadêmico (OLIVEIRA, 1996, p. 27).

Assim, a escrita em primeira pessoa, antes que proclamada como autoritária, surge como rejeição ao positivismo clássico em proveito de uma postura que se proclama crítica, compreensiva, intersubjetiva e dialógica. Desse modo, a maioria dos antropólogos na atualidade, como é o caso das autoras e do autor deste livro (à exceção das autoras Renata de Moraes Machado, Nathalia Ramos da Silva e Rachel Aisengart Menezes, que optaram pela terceira pessoa para dar conta da reflexão pautada nas experiências individuais de pesquisa de cada autora) assumem que escrever e pensar não estão separados, mas fazem parte do mesmo ato cognitivo. Isso revela a indissociabilidade entre a teoria e a descrição etnográfica (OLIVIER DE SARDAN, 2000).

6. Experiências reflexivas: temas e questões bons para pensar

O que postulamos aqui é que a reflexividade na pesquisa sociológica ou antropológica etnográfica é parte do processo epistemológico que desconstrói noções aparentemente não problemáticas, como trabalho de campo, objeto da pesquisa e a escrita acadêmica. Como veremos no decorrer do livro, destaca-se a importância de agregar todo o processo de construção e de elaboração dos objetos de estudo e das relações sociais em campo nas interpretações como parte integrante dos dados. A exclusão dos problemas, dos conflitos e das dificuldades vivenciados em campo na narrativa etnográfica, como apontado, não ajuda o amadurecimento do pesquisador, ao contrário, impede-o de extrair, dessas circunstâncias, preciosos *insights* para tratar seu objeto de estudo. Essa é uma das contribuições que a coletânea pretende trazer para pesquisadores e profissionais de saúde em formação. Assim, os textos dos autores aqui presentes buscam mostrar como os aportes reflexivos das pesquisas auxiliam na compreensão dos dados da própria pesquisa em questão, bem como permitem aos profissionais de saúde apreenderem como o processo de pesquisa traduz o compromisso das ciências sociais com as práticas em saúde. No que se refere aos profissionais de saúde que são convertidos em pesquisadores e que retornam ao exercício da profissão, é gratificante observar como o exercício reflexivo sobre as alteridades em campo e desconstrutivo dos pares binários biológico/social ou natural/cultural se traduz em novas práticas mais comprometidas com o Outro. Nessa perspectiva, a reflexividade nas pesquisas em saúde pode contribuir tanto para uma perspectiva moderna de ciências sociais em saúde, mais implicadas com o objeto de estudo, como para práticas de saúde mais comprometidas com o social.

Nesse contexto, entende-se a necessidade de, cada vez mais, problematizar, revisar ou revisitado os pressupostos teórico-metodológicos e empíricos que cercam os saberes e as práticas envolvidos em uma etnografia reflexiva. Isso se justifica na medida em que tais reflexões contribuem sobremaneira para o ofício da pesquisa acadêmica contemporânea,

assim como para as próprias práticas em saúde calcadas na perspectiva de alteridade ao se preocuparem com o Outro, que pensa, que sente e que age com/para o corpo. Um corpo que possui marcas de classe, do ciclo de vida no qual se encontra, de raça/etnia e de gênero, as quais designamos *marcadores sociais da diferença*, que produzem uma determinada vivência que, por sua vez, precisa ser conhecida e compreendida pelo pesquisador e/ou profissional de saúde.

O livro contempla esforço de reflexão e balanço das atividades de investigação de algumas pesquisadoras em uma miríade de temas na saúde coletiva (hanseníase, práticas corporais na musculação, vacina contra HPV, anorexia nervosa, formação médica, rede de apoio aos usuários de drogas, alcoolismo). Está organizado em duas partes. A primeira centrar-se-á em ricos percursos de investigação no campo da antropologia da saúde, nos quais as antropólogas Sylvie Fainzang e Francine Saillant, nossas parceiras de inquietudes, de trocas antropológicas e de afetos, revisitam as experiências de pesquisas de campo e o aprendizado acumulado nas escolhas teóricas, éticas e políticas durante tais investigações.

De modos distintos, mas igualmente apaixonados, as duas autoras reunidas na primeira parte do livro nos contam sobre suas experiências de pesquisa na antropologia da saúde ao longo de décadas de trabalho acadêmico, em diferentes posições no campo: antropologia dos cuidados (Francine Saillant) e antropologia da relação médico-paciente e dos medicamentos (Sylvie Fainzang). O fio em comum ressalta o engajamento ético, político e afetivo das cientistas sociais com seu objeto de estudo e com seus interlocutores e sua relação em campo com outros sujeitos e instituições sociais. Como Sylvie Fainzang explicita ao discutir os diferentes tipos de empatia mobilizados na pesquisa antropológica, a empatia moral e a empatia metodológica – essa combinação entre dimensão cognitiva e afetiva na relação que o pesquisador mantém em campo – produzem, ao mesmo tempo, um engajamento e um necessário distanciamento na sua conduta ética.

Francine Saillant resgata como a questão do cuidado deve ser pensada em seu horizonte etimológico, semântico, histórico, socioantropológico e nas suas relações com as diversas instituições e profissões,

notadamente, com a profissão médica e com as de atenção particularmente femininas desse universo. Seu texto trata da busca e do reconhecimento do cuidado e de uma identidade por parte dos cuidadores. Ao mesmo tempo, coloca essas questões nas discussões antropológicas clássicas e contemporâneas sobre a alteridade. Assumindo postura reflexiva diante dessas questões, a autora se posiciona como uma pesquisadora que realiza uma antropologia do cuidado.

A segunda parte do livro focaliza um conjunto de pesquisadoras, na maioria, profissionais de saúde que se aventuraram na sua formação e na prática de pesquisas em ciências sociais e saúde, a seguir o percurso da investigação etnográfica. Elas aceitaram nosso convite para refletir com base nos desafios e nas dificuldades enfrentados em campo, em suas pesquisas de doutorado ou de mestrado, para inspirar novos pesquisadores e/ou profissionais de saúde. Elas nos mostram suas tentativas de aproximação, suas dúvidas, suas reações aos imprevistos, oferecendo-nos relatos densos e reflexivos de suas experiências etnográficas e do seu processo de aquisição e de produção de saberes. O texto das autoras Renata de Moraes Machado, Nathalia Ramos da Silva e Rachel Ainsengart Menezes, com formações básicas em psicologia, em fisioterapia e em medicina, respectivamente, traz a categoria analítica das *emoções* no jogo interacional das subjetividades. Trabalhando com temas delicados, como a doença terminal, a morte e o luto, as autoras colocam, em perspectiva, suas experiências de profissão e de pesquisa permeadas por conteúdos afetivos suscitados pelas interações em campo, sem perder de vista que suas próprias emoções são frutos do construto social. Tomando Crapanzano (2010) como referência, as autoras assumem que as subjetividades, as emoções são constituídas de teoria e de política na medida em que se expressam e se manifestam nas interações sociais. Estão aqui, em jogo, a objetividade e a subjetividade, sempre debatidas no âmbito das ciências humanas e, mais especificamente, na antropologia. Simmel (2013) trata essa questão em um jogo dialético entre cultura subjetiva, que se objetiva, e cultura objetiva, que molda a cultura subjetiva. Essas formas de tratamento das emoções em campo podem ser conformadas no espectro da

antropologia das emoções. Nesse campo, não só as emoções do Outro são analisadas à luz da cultura, mas as do próprio pesquisador, como é o caso das autoras na apresentação desse texto.

O texto de Fernanda Vecchi Alzuguir, psicóloga, ancorado em suas pesquisas de mestrado e de doutorado em saúde coletiva em uma instituição para atenção a pacientes em tratamento psiquiátrico, foca na relação e na construção de vínculo da pesquisadora com homens e mulheres alcoolistas em seu esforço para se apresentarem como doentes e não como moralmente fracos e suscetíveis à bebida. O processo reflexivo conduz a pesquisadora a tomar decisões no curso de sua pesquisa. No fluxo contínuo de trocas comunicacionais (simbólicas e materiais) frente à construção de confiança, cabe a ela, etnógrafa, construir essa sociabilidade. Para tanto, não há regras e nem receitas. Devem-se estabelecer vínculos não formais entre pesquisadora e interlocutores, permitindo uma comunicação mais complexa que a verbal.

As autoras Natália Almeida Bezerra e Soraya Fleischer, ambas formadas em ciências sociais e em antropologia em todo o percurso acadêmico, com um tema caro à antropologia contemporânea, as vacinas, refletem sobre as questões que envolvem os sentidos e os significados destas para meninas adolescentes em uma escola. O texto percorre a inserção da primeira autora como pesquisadora em campo (levando em conta ser filha de uma professora), os jogos de cintura na relação com as adolescentes e o uso da fotografia como recurso metodológico para abordar questões em torno do corpo, do gênero e da geração, temas de difícil apreensão por meio das palavras nesse contexto. Analisando os papéis da etnógrafa em campo, as questões éticas envolvidas relativas à sexualidade, ao gênero e às políticas públicas em saúde, as autoras nos brindam exemplificando o que Goldman (2003) já havia preconizado: a etnografia requer abrir-se para a desestabilização. Aliado a isso, o texto pode trazer aspectos que ajudem na reflexão acerca dos debates atuais e efervescentes no Brasil sobre a pertinência ou não da discussão sobre sexualidade e gênero nas escolas, bem como sobre a importância da vacinação.

O autor Alan Camargo Silva, profissional de educação física, analisa as possibilidades e os limites de pesquisa que ele experimenta com seu corpo malhado, ou seja, as interações que ocorrem com homens ou mulheres, brancos ou negros, franzinos ou musculosos. Pela perspectiva de uma antropologia encarnada, sob a luz de Esteban (2004), o autor não apenas observa os corpos do Outro, mas também como o seu próprio corpo se insere no campo de pesquisa e interage com seus interlocutores. Sua reflexão mostra como a posição do pesquisador em um contexto de pesquisa não é fixa, mas variável em função dos contextos espaciais e temporais, das pessoas com as quais ele interage no âmbito das alteridades de gênero, de classe, de raça e de geração. Isso permite analisar o processo evolutivo da sua inserção em campo; as adaptações que ele, como pesquisador, necessita realizar; e os modos como deve *faire sa place* no campo. Se recuperarmos a noção de objetivação da subjetividade de Bourdieu (2003), segundo a qual o pesquisador não se exime de refletir sobre si mesmo ao estudar a realidade, a tomada de consciência de pertencimento de classe, de gênero e de raça que se dá à medida que a pesquisa avança revela o vínculo do autor com a realidade social, com a experiência vivida e com a pesquisa.

Em seu texto, Priscila da Silva Castro, de formação básica como nutricionista, revisita sua pesquisa de doutorado em um serviço público de saúde para atendimento a adolescentes com transtornos alimentares, focando na teia de relações e de sentimentos em que o adoecimento por anorexia nervosa coloca familiares, adolescentes e profissionais de saúde, enredados em posições às vezes antagônicas; em outras, solidárias; em outras ainda, solitárias ou incompreendidas. A experiência descrita pela autora mostra os vieses da alteridade de uma profissional de saúde pesquisando em universos semelhantes ao seu próprio. Mais do que se pautar em um modelo etnográfico que reduz as diferenças culturais a versões caricatas traduzidas na racionalidade da ciência ocidental, ela mostra seu exercício de estranhamento e de aproximação, que engendra a reflexão teórico-metodológica necessária à compreensão das lógicas sociais e culturais que perpassam o campo e seus sujeitos tanto usuários, como profissionais de saúde.

A autora Lidiane Mara de Ávila e Silva, psicóloga, mostra como as razões pessoais individuais, familiares e profissionais determinam a escolha do campo e do objeto de pesquisa. Essas, frequentemente, estão ocultas no texto final da pesquisa. A autora revela como, em uma experiência familiar, o termo *negligência* assumiu valorização especial em sua trajetória de vida e de pesquisa. A culpabilização e a atribuição de responsabilidades às doenças, condição herdada de uma tradição higienista na saúde, começaram a ser tema de suas inquietações. Essa atenção assumiu maiores proporções com sua vivência em Mato Grosso do Sul, onde há alta incidência de hanseníase, doença particularmente negligenciada no país e na cena internacional. A autora tomou a decisão de investigar as causas (e as responsabilidades) do não diagnóstico ou do diagnóstico tardio, que contribuem para tal ocorrência. Partindo para uma etnografia multissituada, em serviços de saúde com diferentes níveis de atenção, espaços de atendimento e profissionais, fóruns e manifestações de autoridades governamentais locais sobre o assunto, a autora analisa o conceito de *negligência*.

Didier Fassin, ao se debruçar sobre as condições de saúde e de clandestinidade de estrangeiros na França, já chamava a atenção para como as palavras fazem as políticas, ou, melhor dizendo, nas palavras do autor: “palavras fazem coisas, trazem consequências, realizam tarefas, comunicam e produzem resultados” (FASSIN, 1996b, p. 386). Assim, o conceito de *negligência* aponta para a deficiência do Estado em proporcionar financiamento e políticas públicas eficazes para doenças que afetam populações vulneráveis, o que acaba capilarizando-se nos serviços de saúde, culminando na sua incapacidade em proporcionar o cuidado necessário. Isso termina por reforçar as imagens estigmatizantes da doença pelos profissionais. Como a autora bem expõe, não são as boas intenções e o bom coração dos profissionais que proporcionarão o direito à saúde, previsto constitucionalmente.

Priscila Farfan Barroso e Daniela Riva Knauth, ambas cientistas sociais, com o relato das condições de sua inserção e de seus posicionamentos em comunidades terapêuticas no sul do Brasil, desvelam a análise da relação de pesquisa e seus efeitos sobre os diferentes papéis

que a primeira autora, etnógrafa, assumiu durante a investigação. As autoras refletem sobre a possibilidade do voluntariado na instituição em observação, a ambivalência entre uma prática engajada e a experiência etnográfica e o quanto tal posição de voluntária em campo interfere no processo de investigação e nos resultados finais. Assim, a objetificação das condições de pesquisa e, sobretudo, das relações estabelecidas na investigação permitiram esclarecer certas lógicas do meio estudado.

Esperamos que esta obra, engendrada em anos de atuação conjunta como docentes no Instituto de Estudos em Saúde Coletiva na Universidade Federal do Rio de Janeiro, em rica interlocução com outras colegas da área de ciências sociais em saúde, contribua para o debate do fazer e do pensar em torno da pesquisa antropológica em saúde, de forma a estimular novos autores a se aventurarem pelas dores e pelas delícias deste ofício. Um ofício, que, como apreendemos, não é aprendido em manuais, mas, sim, na experiência e na reflexão engajada nas entranhas de nossa sociedade.

Agradecimentos

Esta coletânea é um trabalho conjunto entre autoras e autor. Soraya Fleischer, indo além, realizou a leitura crítica da obra. Rachel Aisengart Menezes, igualmente, contribuiu com a revisão de português. As colaborações de Roberto Unger na revisão das referências, de Ananyr Fajardo na tradução do texto de Sylvie Fainzang e de Breno Pessurno na revisão da tradução do texto de Francine Saillant foram inestimáveis.

Enfim, gostaríamos de agradecer às alunas e aos alunos da linha de pesquisa *Abordagens Sociológicas do Processo Saúde e Doença*, do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Participando de nossos seminários ao longo dos anos, elas e eles fomentaram os debates e inspiraram a ideia deste livro.

Rio de Janeiro, dezembro de 2019.

Referências

- ALBERA, Dionigi. Terrains minés. *Ethnologie Française*, v. 31, n. 1, p. 5-13, 2001.
- ALZUGUIR, Fernanda Vecchi. A carreira moral da vergonha na visão de homens e mulheres “alcoólatras”. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 11-29, 2014.
- AUGÉ, Marc. L’anthropologie de la maladie. *L’Homme*, v. 26, n. 1-2, p. 81-90, 1986.
- BECKER, Howard S. *Segredos e truques da pesquisa*. Rio de Janeiro: Zahar, 2007.
- BELLACASA, Maria Puig. Matters of care in technoscience: assembling neglected things. *Social Studies of Science*, v. 41, n. 1, p. 85-106, 2010.
- 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.
- BLOK, Anton. La máfia dans une village sicilien. *Ethnologie Française*, v. 31, n. 1, p. 61-67, 2001.
- BONET, Octávio. *Saber e sentir: uma etnografia da aprendizagem da biomedicina*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.
- BONETTI, Alinne; FLEISCHER, Soraya (org.). *Entre saias justas e jogos de cintura*. Florianópolis/Santa Cruz do Sul: Editora Mulheres/Edunisc, 2007.
- BOURDIEU, Pierre. L’objectivation participante. *Actes de la Recherche em Sciences Sociales*, v. 150, n. 1, p. 43-58, 2003.
- CALDEIRA, Teresa. A presença do autor e a pós-modernidade em antropologia. *Novos Estudos CEBRAP*, v. 21, n. 2, p. 133-157, 1988.

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.

CLIFFORD, James. Sobre a autoridade etnográfica. In: GONÇALVES, José Reginaldo Santos (org.). *A experiência etnográfica: antropologia e literatura no século XX*. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2008. p. 17-58.

COELHO, Maria Claudia. As emoções e o trabalho intelectual. *Horiz. Antropol.*, v. 25, n. 54, p. 273-297, 2019.

DAMATTA, Roberto. O ofício de etnólogo, ou como ter “anthropological blues”. In: NUNES DE OLIVEIRA, Edson (org.). *A aventura sociológica: objetividade, paixão, improviso e método na pesquisa social*. Rio de Janeiro: Zahar, 1978. p. 23-35.

DAMATTA, Roberto. *Relativizando: uma introdução à antropologia social*. Rio de Janeiro: Rocco, 2010.

DUARTE, Luiz Fernando Dias. *Da vida nervosa nas classes trabalhadoras urbanas*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editores, 1986.

DUARTE, Luiz Fernando Dias; LEAL, Ondina Fachel (org.). *Doença, sofrimento, perturbações: perspectivas etnográficas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998.

ESTEBAN, Mari Luz. Antropologia encarnada: antropologia desde una misma. *Papeles del CEIC*, Universidad del País Vasco, v. 12, n. 1, p. 1-21, 2004.

EVANS-PRITCHARD, Eduard Evan. *Bruxaria, oráculos e magia entre os Azande*. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

FAINZANG, Sylvie. Être ou ne pas être un autre: l'accès au terrain en milieu péri-urbain français. In: GUTWIRTH, Jacques; PÉTONET, Colette (org.). *Chemins de la ville: enquêtes ethnologiques*. Paris: CTHS, 1987. p. 123-137.

FASSIN, Didier. *L'espace politique de la santé Essai de généalogie*. Paris: PUF, 1996a.

FASSIN, Didier. “Clandestins” ou “exclus”? quand les mots font des politiques. *Politix: Revue des Sciences Sociales du Politique*, n. 34, p. 77-86, 1996b.

FAVRET-SAADA, Jean. Être affecté. *Gradhiva: Revue d'Histoire et d'Archives de l'Anthropologie*, n. 8, p. 3-9, 1990.

FERREIRA, Jaqueline; BRANDÃO, Elaine Reis. Desafios da formação antropológica de profissionais de saúde: uma experiência de ensino na pós-graduação em saúde coletiva. *Interface*, Botucatu, v. 23, p. 1-13, 2019.

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

FLEISCHER, Soraya. *Descontrolada: uma etnografia dos problemas de pressão*. São Carlos: EdUFSCar, 2018.

FONSECA, Claudia. Direitos humanos, diversidade cultural e diálogo. In: SEMANA DE ANTROPOLOGIA: Cidadania e (Re) conhecimento do outro, 4, Goiânia, 1999a. *Palestra*. Goiânia: PUC-Goiás, 1999a.

FONSECA, Claudia. Quando cada caso não é um caso: pesquisa etnográfica e educação. *Revista Brasileira de Educação*, n. 10, p. 58-78, 1999b.

FONSECA, Claudia. *Parentesco, tecnologia e lei na era do DNA*. Rio de Janeiro: Ed. Uerj, 2014.

FONSECA, Claudia. “Lá” onde, cara pálida?: pensando as glórias e os limites do “campo” etnográfico. In: BRITES, Jurema; MOTTA, Flávia de Mattos (org.). *Etnografia, o espírito da antropologia: tecendo linha-gens*. Homenagem à Claudia Fonseca. Santa Cruz do Sul: Edunisc, 2017. p. 438-466.

GEERTZ, Clifford. *Obras e vidas: o antropólogo como autor*. Rio de Janeiro: Ed. UFRJ, 2005.

GIDDENS, Anthony. *Les conséquences de la modernité*. Paris: L'Harmattan, 1994.

GOLDMAN, Marcio. Os tambores do antropólogo: antropologia pós-social e etnografia. *Ponto Urbe*. n. 2, p. 1-11, 2008.

GOLDMAN, Marcio. Os tambores dos mortos e os tambores dos vivos: etnografia, antropologia e política em Ilhéus, Bahia. *Rev. Antropol.*, v. 46, n. 2, p. 423-444, 2003.

GOOD, Byron. The heart of what's the matter: the semantics of illness in Iran. *Culture, Medicine and Psychiatry*, v. 1, n. 1, p. 22-58, 1977.

KILANI, Monther. *L'invention de l'autre: essais sur le discours anthropologique*. Paris: Ed. Payot Laussane, 2000.

KLEINMAN, Arthur. Concept and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. *Social Science and Medicine*, v. 12, n. 2, p. 85-94, 1980.

LANGDON Esther Jean; FOLLÉR Maj-Lis; MALUF Sônia Weidner. Um balanço da antropologia da saúde no Brasil e seus diálogos com as antropologias mundiais. *Anuário Antropológico*, I, 2012, p. 51-89.

LANGDON, Esther Jean; MALUF, Sonia; TORNQUIST, Carmen Susana. Ética e política em pesquisa: os métodos qualitativos e seus resultados. In: LANGDON, Esther Jean; GRISOTTI, Marcia (org.). *Políticas públicas: reflexões antropológicas*. Florianópolis: Editora UFSC, 2016. p. 105-123.

LATOUR, Bruno; WOOLGAR, Steve. *A vida de laboratório: a produção dos fatos científicos*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1997.

LEPOUTRE, David. La photo volée: les pièges de l'ethnographie en cité de banlieu. *Ethnologie Française*, v. 31, n. 1, p. 89-101, 2001.

LÉVI-STRAUSS, Claude. *Introduction à l'œuvre de Marcel Mauss: sociologie et anthropologie*. Paris: PUF, 1950.

LOCK, Margareth; NGUYEN, Vinh-kim. *An anthropology of biomedicine*. Hoboken: Wiley-Blackwell, 2010.

LUNA, Naara. Células-tronco: pesquisa básica em saúde, da ética à panacéia. *Interface*, Botucatu, v. 11, n. 23, p. 587-604, 2007.

MADEIRO, Alberto Pereira; DINIZ, Debora. Induced abortion among brazilian female sex workers: a qualitative study. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 20, n. 2, p. 587-593, 2015.

MALINOWSKI, Bronislaw. Introdução: o assunto, o método e o objetivo desta investigação. In: DURHAM, Eunice Ribeiro (org.). *Malinowski*. São Paulo: Ática, 1986. p. 24-48.

MALUF, Sonia Weidner; ANDRADE, Ana Paula Müller. Entre políticas públicas e experiências sociais: impactos da pesquisa etnográfica no campo da saúde mental e suas múltiplas devoluções. *Saúde Soc.*, v. 26, n. 1, p. 171-182, 2017.

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

MOUSSAOUI, Abderrahmane. Du danger et du terrain em Algérie. *Ethnologie Française*, v. 31, n. 1, p. 153-160, 2001.

OLIVEIRA, Roberto Cardoso de. O trabalho do antropólogo: olhar, ouvir, escrever. *Revista de Antropologia - USP*, v. 39, n. 1, p. 13-37, 1996.

OLIVIER DE SARDAN, Jean Pierre. Le «je» méthodologique: implication et explicitation dans l'enquête de terrain. *Revue Française de Sociologie*, v. 41, n. 3, p. 417-445, 2000.

PEIRANO, Marisa. *A alteridade em contexto: a antropologia como ciência social no Brasil*. Brasília: UNB, 1999.

PEIRANO, Marisa. *A teoria vivida e outros ensaios de antropologia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2006.

PEIRANO, Marisa. Etnografia não é método. *Horiz. Antropol.*, v. 20, n. 42, p. 377-391, 2014.

RABELO, Miriam C.; ALVES, Paulo César; SOUZA, Iara M. A. *Experiência de doença e narrativa*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

RABINOW, Paul. *Un ethnologue au Maroc: réflexions sur une enquête de terrain*. Paris, Harchette, 1977.

ROSALDO, Renato. Introduction: grief and a headhunter's rage. In: ROSALDO, Renato. *Culture and thruth: the remaling of social analysys*. Boston: Beacon Press; London, 1989. p. 1-21.

RUI, Taniele. *Nas tramas do crack: etnografia da abjeção*. São Paulo: Terceiro Nome, 2014.

SAILLANT, Francine; GENEST, Serge (org.). *Antropologia médica: ancoragens locais, desafios globais*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

SARTI, Cynthia Andersen; BARBOSA, Rosana Machin; SUAREZ, Marcelo Mendes. Violência e gênero: vítimas demarcadas. *Physis*, v. 16, n. 2, p. 167-183, 2006.

SCHWARTZ, Morris; SCHWARTZ, Charlotte Green. Problems in a participant observation. *American Journal of Sociology*, v. 60, n. 4, p. 345-353, 1995.

SIMMEL, Georg. A tríade. In: COELHO, Maria Claudia (org.). *Estudos sobre interação: textos escolhidos*. Rio de Janeiro: Ed. Uerj, 2013.

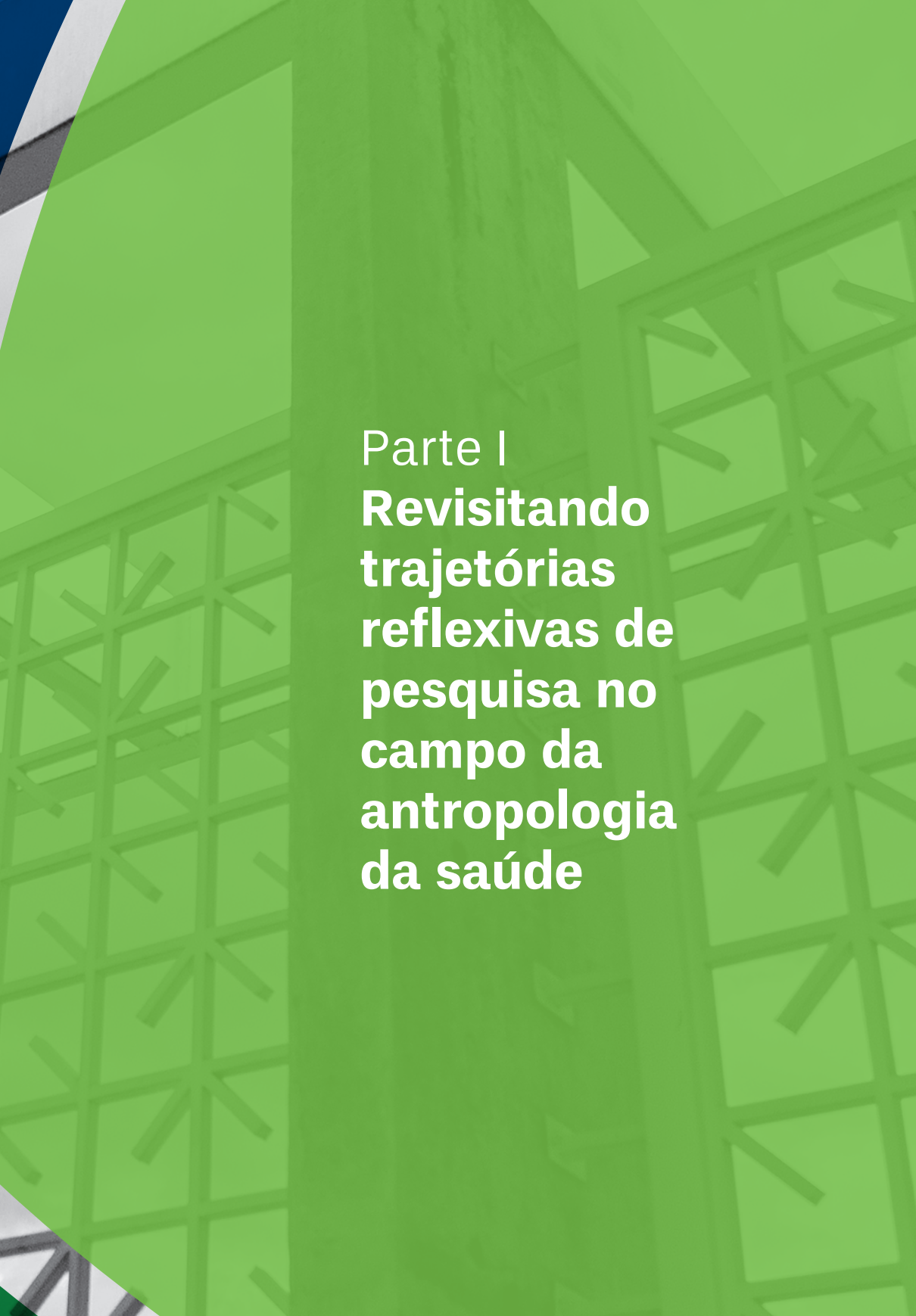
TORNQUIST, Carmen Susana. Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 9, n. 2, p. 419-427, 2003.

TURNER, Victor. *Floresta de símbolos: aspectos do ritual Ndembu*. Niterói: EdUFF, 1974.

VELHO, Gilberto. Observando o familiar. In: VELHO, Gilberto. *Individualismo e cultura: notas para uma antropologia da sociedade contemporânea*. Rio de Janeiro: Zahar, 1994. p. 123-132.

ZALUAR, Alba. *A Máquina e a revolta: as organizações populares e o significado da pobreza*. São Paulo: Brasiliense, 1985.





Parte I
**Revisitando
trajetórias
reflexivas de
pesquisa no
campo da
antropologia
da saúde**





Capítulo 1

Antropologia, dissonância ética e a construção do objeto¹

Sylvie Fainzang

A importância das considerações éticas em pesquisa faz parte do panorama antropológico contemporâneo (CAPLAN, 2003; FAUBION, 2011; FLUEHR-LOBBAN, 2013; LAMBEK, 2010), particularmente, na antropologia médica (ANTHROPOLOGIES ET SOCIÉTÉS, 2000; SCHEPER-HUGHES, 1995; SINGER; BAER, 2007), que enfatizou a

¹ Nota das organizadoras: artigo publicado pela autora em 2015, a qual, gentilmente, autorizou sua tradução para esta obra, realizada por Ananyr Porto Fajardo, com revisão técnica de Jaqueline Ferreira. *Anthropology, ethical dissonance, and the construction of the object, medical anthropology: cross-cultural studies in health and illness*, v. 34, n. 1, p. 11-23, DOI: 10.1080/01459740.2014.945080. Acreditamos que a discussão realizada pela autora enriquece esta coletânea e é de fundamental importância ser compartilhada com o público brasileiro.

necessidade de engajamento político por parte dos pesquisadores. Por exemplo, um número especial de *American ethnologist* (2006) foi dedicado às dificuldades enfrentadas por pesquisadores devido a regulações éticas burocráticas controladas por comitês de ética institucionais (FASSIN, 2006; KATZ, 2006; LEDERMAN, 2006; SHWEDER, 2006). O lugar da ética na pesquisa etnográfica, os princípios epistemológicos e as preocupações éticas nela envolvidos foram examinados na antropologia médica em um número especial de *Ethnographiques.org* (DESCLAUX; SARRADON-ECK, 2008). Os autores enfocaram os problemas enfrentados ao aplicar os princípios éticos da pesquisa médica à prática da etnografia em relação a questões, como consentimento informado e confidencialidade, além de terem examinado os dilemas que os pesquisadores precisam enfrentar no campo (BEAUDEVIN, 2008; DESCLAUX, 2008; MUSSO, 2008; SARRADON-ECK, 2008; SAKOYAN, 2008).

Para explorar mais o lugar da ética na pesquisa etnográfica sobre saúde e sofrimento, enfoco, neste artigo, as dificuldades mencionadas ao estudar uma questão que envolve dois grupos distintos, embora inter-relacionados, seja de forma antagonista, seja de forma inclusiva. Para discuti-las, utilizo dois exemplos de meu trabalho de campo. O primeiro se refere à minha pesquisa sobre a relação médico-paciente em hospitais urbanos da França (FAINZANG, 2010), o que me levou a examinar a prática da mentira. Explico a seguir minha decisão de não abordar o tema em uma perspectiva ética. Mostro que, para os antropólogos, a postura ética consiste em analisar a mentira como qualquer outra prática social, sem fazer um julgamento moral da prática *a priori*.

No segundo exemplo, refiro-me à dificuldade que encontrei durante um estudo sobre a reprodução em famílias africanas imigrantes do Mali e do Senegal (FAINZANG; JOURNET, 1989). Nessas famílias poli-gâmicas, na França, a dominação masculina é particularmente pronunciada, e as mulheres são levadas a se comportar de maneira submissa ou rebelde. Examino a difícil situação em que a defesa de determinados valores em benefício de um grupo pode, ao mesmo tempo, ser encarada como prejudicial à população à qual ele pertence. Nessas circunstâncias, os/as antropólogos/as precisam fazer escolhas (APPELL,

1978; CASSELL; WAX, 1980) que dependem da sensibilidade de cada antropólogo/a e de suas opiniões ideológicas, filosóficas ou políticas. Descrevo essa situação como *dissonância ética*, em referência à noção cunhada por mim referente às dificuldades enfrentadas pelos médicos ao se confrontarem com valores diferentes ou até opostos, entre os quais devem navegar (FAINZANG, 2006).

Nesta discussão, refiro o princípio primordial especificado na *Declaração de ética* da American Anthropological Association (AAA, 2012), de que não se deve causar nenhum dano.² O fator em comum entre essas duas situações é o foco em dois grupos de pessoas ligados por uma relação de poder: uma é a relação médico-paciente, a outra é a relação entre os sexos. Explico, em cada uma delas, a natureza do problema ético e o modo como é administrado, pois, conforme Fassin (2008) ressaltou, a ética deve ser concebida como um processo de construção durante o qual os pesquisadores explicitam os problemas que encontram, exploram as opções envolvidas e negociam as possíveis respostas. Nos dois casos, a questão que eu precisava responder era referente à construção do objeto de pesquisa, em conexão com as reações que esses tipos de pesquisa provocavam no ambiente médico, frente ao primeiro caso, e no mundo acadêmico, em relação ao segundo. Exploro as dimensões metodológicas e etnográficas desses estudos com a finalidade de permitir que o leitor capte melhor as questões discutidas aqui.

1. Uma etnografia da mentira: entre a ética e a epistemologia

O primeiro caso que examino é um estudo sobre o fornecimento de informações e a mentira entre médicos e pacientes na França. O estudo foi conduzido principalmente em dois departamentos (oncologia e medicina interna) de dois hospitais urbanos diferentes objetivando revelar

² Estes três princípios (respeito, beneficência e justiça) são divididos de maneira diferente na ética biomédica, na qual existem quatro princípios, pois o princípio da não maleficência é acrescentado ao princípio da beneficência (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 1989).

a lógica e os mecanismos inerentes à troca de informações entre médicos e pacientes. Apesar da variabilidade entre os departamentos e suas diferentes especialidades, a semelhança de comportamento em termos de informações aos pacientes pode ser observada nos serviços estudados. Conforme Van der Geest e Finkler (2004, p. 1995) discutiram, “Os hospitais refletem e reforçam os processos sociais e culturais dominantes de suas sociedades”. O estudo incluiu 80 pacientes, dos quais, 60 com câncer e 20 com doenças inflamatórias crônicas ou autoimunes. Reuni-me com os pacientes em estágios diferentes de adoecimento, alguns considerados virtualmente curados e apenas vindo ao hospital para *check-ups*, outros ainda submetidos a tratamento (quimioterapia, radioterapia ou cirurgia) ou a cuidados paliativos. Tinham diferentes idades (entre 30 e 80 anos, sendo a maioria entre 55 e 70 anos), eram de ambos os sexos e tinham origens socioprofissionais distintas.

A investigação consistiu em observar consultas médicas e, depois, reunir-me com médicos e com pacientes, separadamente, para saber como a troca verbal era construída e para decodificar os motivos e os mecanismos de suas ações e palavras. Utilizei entrevistas abertas com os pacientes, prestando atenção às perguntas que eles faziam, às perguntas que faziam à equipe médica, às respostas que recebiam, às informações que lhes eram prestadas e às suas reações. Também conduzi entrevistas não diretivas com 12 médicos, para conhecer como compreendiam a questão da informação e como percebiam as expectativas dos pacientes. Não foi necessário obter nenhuma licença ética formal para conduzir este trabalho, mas, além de obter o consentimento de médicos e de pacientes, precisei solicitar autorização à chefia dos departamentos médicos.³

O objetivo deste estudo foi não apenas coletar dados sobre como os médicos fornecem informações aos pacientes, mas também sobre como os pacientes repassam informações aos médicos e as mentiras que às vezes contam uns aos outros. Assim, a pesquisa foi embasada em duas ordens distintas de pensamento potencialmente antagonistas,

³ Nota das organizadoras: na época, a submissão da pesquisa a comitês de ética não era obrigatória na França.

respectivamente produzidas por pacientes e por médicos. Para alcançar este objetivo, foi importante não favorecer um ponto de vista em relação ao outro e não tomar partido, mas possuir o que descrevi, em outra publicação, como *empatia dupla* (FAINZANG, 2010, p. 102), isto é, empatia por ambos os lados. Essa empatia dupla permitiu que eu ressaltasse os aspectos sociais em jogo. De fato, não apenas ao buscar conhecimento,⁴ os/as antropólogos/as devem se esforçar para desenvolver empatia com o Outro, mas também ao estudar as relações sociais com o Outro do Outro (médicos *versus* pacientes, forte *versus* fraco), mesmo que sintam mais capacidade de identificação com alguns grupos do que com outros. Assim, é apropriado distinguir entre o que chamo de *empatia moral* e *empatia metodológica*, isto é, entre a predisposição de se colocar no lugar do grupo estudado e a necessidade de, deliberadamente, tentar fazê-lo. Para Engelen e Röttger-Rössler (2012), a empatia combina aspectos do pensamento e do sentimento. Ao distinguir entre compreender o outro cognitivamente e emocionalmente, referem-se às dimensões cognitivas e afetivas em vigor na empatia (podendo estas estar separadas ou não). Nesta linha, minha definição de *empatia moral* e de *empatia metodológica* objetiva, por um lado, indicar as posturas que permitem que se chegue a essas duas formas de compreensão e, por outro lado, ressaltar o que as distingue: a *empatia moral* se refere à tendência do/a antropólogo/a de se colocar no lugar daqueles que, inicialmente, tem maior capacidade de compreender emocionalmente, enquanto a *empatia metodológica* se refere à vontade ou à tentativa de compreender, pelo menos cognitivamente, os motivos para as ações das pessoas sendo estudadas, sem, necessariamente, concordar com elas. Compreender o estado emocional de outra pessoa não implica necessariamente compartilhá-lo.

A maior parte dos trabalhos realizados sobre a questão da verdade na medicina, principalmente, em trabalhos médicos, filosóficos ou

⁴ Sobre a introdução da empatia inerente à prática etnográfica e sobre o caráter distintivo da empatia antropológica comparada com a empatia médica em relação ao conhecimento, ver Fainzang (2007).

sociológicos (ABIVEN, 1996; BARNES, 1994; BOK, 1979; CONSTANT, 2003; DELAPORTE, 2001; FLETCHER, 1979; GEETS, 1993; HOERNI, 1985; KURAN, 1995; SHIBLES, 1985), ou assumem a forma de justificativa daquilo que é referido como *privilégio terapêutico*, ou defendem a participação do paciente. Como, muitas vezes, a questão da verdade e da mentira é enfocada em termos éticos, muitos autores a escolhem como seu tema para defender determinada posição, embora ressaltando o dilema ético de dizer a verdade ou de contar uma mentira. Alguns seguem o juramento hipocrático, o qual afirma que não se deve causar nenhum dano aos pacientes, e interpretam isto como um motivo para revelar a eles sua verdadeira condição ou prognóstico; outros tomam isto como um motivo para proteger os pacientes desta informação que concerne a eles. Conforme podemos ver, não causar nenhum dano é, em si mesmo, um julgamento muito subjetivo. Quando o debate é estruturado em termos éticos, partidários e adversários da verdade constroem seus pontos de vista e elaboram suas justificativas sobre as mesmas bases: os mesmos argumentos (“para o bem do paciente” ou “não causar nenhum dano”) são usados para sustentar posições radicalmente opostas. Além disso, aqueles que defendem a informação ao paciente também estão divididos entre os que apoiam a informação em si (o direito do paciente de saber) e os que apoiam a informação para determinada finalidade, como um meio de convencer os pacientes da necessidade de seguir um tratamento específico.

No primeiro caso, é uma questão de informar o paciente, como uma pessoa com direito a essa informação referente à sua saúde; no segundo, trata-se de fornecer informação com o objetivo de obter melhor adesão ao tratamento. A primeira perspectiva sustenta um posicionamento moral, um princípio, enquanto a segunda assume uma posição utilitarista, equivalente a uma estratégia terapêutica. As perspectivas que os atores adotam combinam opções éticas e terapêuticas com a finalidade de justificar a informação a um paciente, ou não (ou até mesmo mentir para ele), mas, muitas vezes, isto é relativamente arbitrário. A natureza arbitrária dessas posições é reforçada pelo fato de que, muitas vezes, os próprios médicos se encontram presos entre opções opostas. Qualifico

esta situação como *dissonância ética*, para abranger os princípios contraditórios e os valores opostos através dos quais os médicos devem navegar, além de ressaltar a desarmonia entre os diferentes princípios éticos aos quais devem se referir. Por um lado, devem tranquilizar os pacientes (um papel que alguns atribuem ao modelo paternalista da relação médico-paciente) e, por outro lado, empoderá-los, permitindo que tenham liberdade para controlar sua própria vida e seu corpo (um papel que se encaixa em uma relação mais igualitária). Tomar partido nesse debate teria significado optar por um princípio e não por outro e traria o risco de obscurecer as verdadeiras opções envolvidas nos mecanismos inerentes às práticas dos atores. Porém, embora seja relevante estudar as condições e os significados de práticas sociais desenvolvidas em relação a princípios éticos, meu objetivo não foi assumir uma perspectiva nesse debate.

Portanto, foi necessário enfrentar as questões de maneira diferente do modo como são abordadas em geral. Precisei examinar o assunto em uma perspectiva antropológica e analisar a situação sem inferir nenhuma posição normativa. Esse enfoque necessitou determinado número de condições epistemológicas. Primeiro, exigiu que, do ponto de vistaêmico, eu começasse não com a *minha* concepção do que é uma mentira, mas com o que o ator acredita ser verdade ou não. Isto envolveu aceitar a natureza propositalmente iconoclasta do termo *mentira* quando aplicado à profissão médica, sem qualquer julgamento sobre a prática de mentir desde o começo. Embora alguns médicos prefiram usar os termos *esconder a informação* ou até *mentir por omissão*, outros defendem o uso do termo *mentira*, seja na literatura médica sobre o assunto (ABIVEN, 1996; HOERNI, 2005), seja no campo. Assim, por exemplo, um médico disse ao seu paciente que, recentemente, havia se submetido a uma cirurgia retal, que ele tinha um pólipo, e não câncer. O paciente disse: “Devo dizer que o senhor me encaminhou para uma cirurgia grande apenas por um pólipo!” O médico respondeu: “Bem, para ser honesto, não era um pólipo.” O paciente disse: “O senhor quer dizer que era câncer?” O médico (constrangido) replicou: “Era uma lesão pré-cancerosa que se transformaria em câncer em algumas semanas.” Mais tarde, ele me disse: “Na verdade, era uma mentira também, pois

o ‘pré’ em pré-canceroso era falso. Ele realmente tinha câncer.” Isto reitera as palavras do Dr. Merran citadas por Favereau (1994, p. 24): “Honestamente, muitas vezes terminamos contando mentiras deslavadas para os pacientes”.

A conotação negativa do termo *mentira* para descrever uma prática realizada por médicos muitas vezes é reduzida pelo fato de que a assim chamada *mentira médica* é justificada por um discurso que a racionaliza e que oferece a ela legitimidade, até mesmo, moralidade. Platão escreveu, em *A República* (1966), que apenas os médicos e os chefes das cidades têm o direito de mentir; estes, no interesse da cidade; aqueles, no interesse de seus pacientes. A mentira contada por um médico é assim racionalizada, legitimada e até eticamente justificada. A respeito deste assunto, Barnes (1994) ressalta a existência de mentiras permissíveis e mostra que, muitas vezes, os manuais de ética médica incluem uma seção sobre mentiras que podem ser contadas aos pacientes se estiverem morrendo, recebendo placebo ou participando de ensaios clínicos. Entretanto, usar a expressão *mentira dos médicos* durante as entrevistas desagradou a alguns deles, até mesmo àqueles que admitiram mentir. Consideraram que a palavra prejudicava sua imagem⁵ e solapava sua posição de poder sobre os pacientes (seu privilégio terapêutico). É como se, dada a carga moral negativa da palavra, apenas os médicos tivessem o direito de se referir à sua prática como mentira e como se sua percepção acerca da legitimidade ética de fazê-lo impedisse os não médicos de qualificar a prática nesses termos.

Ademais, examinar a mentira como uma prática bilateral possibilitou mudar o foco e examinar a relação terapêutica como uma relação social. Então, precisei tentar compreender as motivações dos médicos e dos pacientes (para fornecer informação ou não, para mentir ou não), os mecanismos dessa informação e a evolução dos papéis sociais de médicos e de pacientes. Isto foi um pré-requisito para evitar o risco de me tornar uma mera porta-voz para os pacientes (o que não é papel

⁵ Referente à maneira a como a profissão médica é representada e ao dano de que as ciências sociais são acusadas de causar à sua imagem, ver Sarradon-Eck (2008).

do/a pesquisador/a) ou de sujeitar o estudo a uma problemática biomédica ao reduzir o debate a um dos problemas éticos dos profissionais de atenção à saúde.

A pesquisa revelou que, enquanto os médicos pensam que, preferencialmente, fornecem informação àqueles que julgam ser psicologicamente capazes de lidar com elas, de fato, a informação é largamente fornecida a pessoas que parecem pertencer a origens sociais mais privilegiadas, isto é, às categorias sociais mais altas. Os médicos prejudicam a capacidade de seus pacientes de compreender as informações que recebem e sua capacidade de aceitá-las (em um amálgama entre estes dois tipos de capacidade) com base em sinais externos (linguagem, vestimentas, postura corporal), indícios aproximados de capital social ou cultural. Ao selecionar aqueles que recebem a informação, os médicos ajudam a reforçar as desigualdades sociais no acesso à informação.

Quando os/as antropólogos/as examinam uma questão social enraizada na arena pública, devem fazê-lo usando sua própria postura epistemológica. Consegui demonstrar as discriminações que caracterizam as modalidades de fornecimento de informações aos pacientes apenas porque meu objetivo não foi oferecer uma perspectiva moral ou ética da prática, mas me distanciar da postura usual (seja ela psicológica, seja ela terapêutica ou ética), para definir os mecanismos culturais e sociais envolvidos. Isto possibilitou que eu produzisse novos resultados com probabilidade de enriquecer a compreensão das questões sociais relacionadas à mentira, conectando postura ética e construção do objeto. Ética e epistemologia estão fortemente vinculadas. Para Lederman (2012), a ligação entre as duas pode ser observada no uso tático da mentira referente ao objetivo da pesquisa. Para mim, no entanto, tentar abordar o assunto com uma perspectiva que não estivesse focada na questão ética foi condição *sine qua non* para compreender o contexto dessas práticas e as questões sociais em jogo – apesar, é claro, de não ser possível haver um completo afastamento do compromisso ético, pois as posições emocionais do/a próprio/a antropólogo/a continuam sendo parte

da abordagem disciplinar, conforme Crapanzano (1994) e Luhrmann (2006) demonstraram.⁶

Meu argumento aqui é que é possível escolher não abordar uma questão na perspectiva ética por motivos éticos, metodológicos e epistemológicos. Isto envolve a não definição de uma pergunta de pesquisa *a priori* de acordo com os valores aos quais o/a antropólogo/a adere ou com os julgamentos que possa ser tentado/a a fazer. A postura ética para antropólogos/as consiste, então, em analisar a mentira como qualquer outra prática social, sem fazer nenhuma avaliação moral dela, independentemente de sua postura ou de suas opiniões pessoais, mesmo que, por exemplo, suas convicções os/as levem a deplorar o paternalismo médico e a inadequação da informação ao paciente. A mentira pode ser estudada como um aspecto da vida social, inclusive, se envolver a revelação do papel que desempenha ao exercer ou ao resistir ao poder. Da mesma maneira, podem-se estudar os motivos inerentes que os médicos escolhem para mentir a seus pacientes sem prejudicar, mesmo que se espere trabalhar para promover o fornecimento de melhores informações ao paciente. É claro que existem muitos tons de cinza entre verdade e mentira, como meia-verdade, dissimulação, mal-entendidos deliberados e assim por diante, conforme já analisei anteriormente (FAINZANG, 2006).

O caráter ético da pesquisa reside em abordar a questão com uma perspectiva que não seja ética tanto para decifrar a arbitrariedade de posições éticas sobre o assunto, como para compreender os motivos sociais e antropológicos para as práticas em exame. Aqui, ser epistemologicamente ético é abordar a construção do objeto de maneira marcadamente diferente de um eticista, isto é, por um lado, refrear o julgamento e, por outro lado, olhar além das explicações psicológicas usuais embaçadas em argumentos éticos, para tentar compreender os mecanismos sociais na raiz do fornecimento (ou não) de informações aos pacientes.

⁶ A este respeito, é difícil não reagir às palavras às vezes brutais de alguns médicos, que, sob o pretexto de serem obrigados por lei a fazê-lo, divulgam secamente aos pacientes seu diagnóstico ou abusam verbalmente deles. Nem todos os médicos poupam os sentimentos de seus pacientes, e, às vezes, a mensagem pode ser muito cruel.

2. Etnografia da poligamia: um assunto ético?

Meu segundo exemplo provém da pesquisa que realizei há cerca de 25 anos entre as famílias imigrantes do oeste da África (particularmente, os grupos étnicos Soninke e Toucouleur) que vivem em uniões poligâmicas na França. O objeto do estudo foi compreender como esse tipo de família é organizado; como as mulheres controlam seus corpos, sua sexualidade e sua saúde, particularmente, com relação à reprodução; e como as relações são constituídas na família, entre homens e mulheres. A pesquisa, permitida pelos maridos e muito bem-recebida pelas esposas, teve como objetivo observar as relações entre maridos e esposas, por um lado, e entre coesposas, por outro lado, além de estudar seu impacto sobre o modo como as famílias controlam a reprodução biológica. Embora os maridos, imediatamente, tivessem indicado para mim um lugar físico ao lado das mulheres, em conformidade com a divisão sexual do espaço doméstico, mesmo quando a família vivia em um único aposento, minhas investigações também incluíram homens e suas percepções acerca das relações sociais em suas famílias.

A instituição poligâmica representa uma modalidade específica de socialização da sexualidade feminina. Responde a imperativos e a escolhas políticas, econômicas e culturais (FAINZANG; JOURNET, 1989). A sexualidade conjugal das mulheres está sujeita a diversas limitações e proibições que não deixam dúvidas a respeito de sua vocação primeira: procriação. Entretanto, a procriação é fortemente codificada, e as relações sexuais em uma família poligâmica estão sujeitas a regras precisas.

Embora a poligamia seja autorizada e ratificada pelo islamismo com um limite de quatro esposas, sendo legitimada pelo Estado em alguns países onde é a religião dominante, a instituição da poligamia é pré-islâmica. A legitimidade dessa instituição caminha lado a lado com o estabelecimento de princípios estritos que ditam que o marido deve tratar cada coesposa de maneira igual. Esse princípio é bem expresso pela prática institucionalizada de turnos, que regula a obrigação doméstica e sexual – em geral, essas duas obrigações estão vinculadas. De fato, muitas vezes, as mulheres estão sujeitas a tratamento desigual e, com

frequência, existe uma forte rivalidade entre coesposas, particularmente, com relação à sexualidade e à reprodução. Tradicionalmente, assume a forma de competição pelo trabalho reprodutivo. Sendo um vetor de prestígio e de reconhecimento, a reprodução biológica é uma preocupação fundamental para as mulheres em sociedades poligâmicas, determinando seu *status* social e conjugal, pois, quanto mais filhos uma mulher tiver, mais prestígio terá como esposa aos olhos do marido e de toda a comunidade. A rivalidade entre as mulheres também resulta em acusações de *maraboutage*, práticas mágicas persecutórias destinadas a prejudicar a capacidade reprodutiva da outra, sendo comumente usadas para explicar a esterilidade e outros problemas de saúde sexual e reprodutiva.

Entretanto, com a imigração para uma sociedade na qual a poligamia não é a norma, as famílias poligâmicas podem enfrentar realidades econômicas e culturais que induzem algumas mulheres a querer interromper a reprodução e acessar a contracepção. Quando os maridos recusam, às vezes, essas mulheres ingerem, secretamente, pílulas anti-concepcionais ou adotam a estratégia de resistir aos serviços sexuais – à qual as mulheres se referem como *greve de sexo* –, correndo o risco de comprometer, pensam elas, o futuro de seus filhos devido à crença de que uma esposa desobediente coloca em perigo a saúde e a moralidade de sua prole. Esta arma pode ser de maior ou de menor eficácia, dependendo da posição da mulher na família, pois a possibilidade de resistência real é limitada às mulheres mais valorizadas sexualmente por seus maridos. As mulheres resistem ao desejo deles usando o sexo como arma. Ao fazê-lo, reproduzem o papel atribuído a elas e também a definição social segundo a qual são demarcadas como mulheres, pois essa arma as restringe a uma imagem e a uma definição de feminilidade que as tornam objetos sexuais e reprodutivos.

Alguns de meus colegas antropólogos homens criticaram minha escolha pelo tema de pesquisa porque acreditavam que poderia prejudicar a população africana na França. No seu modo de ver, estudar questões como a poligamia africana constituía um problema ético, pois ressaltar uma prática de discriminação ou de dominação contribuiria para

estigmatizar aqueles que a sancionam. Portanto, eu estaria contribuindo para a marginalização da comunidade com a qual eu desejava trabalhar.

Embora suas críticas não tenham me impedido de desenvolver o projeto, certamente, pesaram em minha consciência porque sugeriam que eu deveria ter considerado o assunto como tabu e, assim, não o ter contemplado. Contudo, a visão antropológica contemporânea é a de que a cultura não é um todo homogêneo e que as diferenças de poder entre os indivíduos dentro do grupo devem ser examinadas e expostas (GUPTA; FERGUSON, 1997; HORAS; SELIM, 2000; MASSÉ, 2000). Portanto, os/as antropólogos/as também têm uma obrigação ética de enfatizar as diferentes formas de poder existentes em um grupo social e de mostrar de que maneira aqueles que possuem um papel de dominância em um contexto podem ser dominados em outros. A poligamia é uma forma de dominação. Considerei que não escrever sobre ela a perpetuaria. Acreditei que fosse importante buscar compreender a lógica simbólica e as pressões sociais que governam as relações entre homens e mulheres no contexto da poligamia, especialmente, porque muitas mulheres imigrantes que eu havia encontrado tinham se queixado sobre suas vidas e me pedido que assumisse o interesse, como antropóloga, por seus destinos, para dar a conhecer sua situação.

Assim, escolhi realizar esta pesquisa inteiramente consciente de que esta escolha estava ligada a opções éticas e políticas. Ao mesmo tempo, em concordância com o princípio da empatia metodológica discutida anteriormente, também decidi considerar as pressões sociais a que os homens estavam sujeitos. Os homens sofriam considerável pressão para se tornarem poligâmicos e tinham grande dificuldade em evitá-lo, com os compatriotas repetidamente citando o provérbio Soninke: “Ter apenas uma esposa é como ter apenas uma camisa”. Conforme este caso indica, os/as antropólogos/as têm dificuldade em decidir entre as possíveis opções disponíveis quando o fato de trabalhar com determinada questão pode ser benéfico, mas, ao mesmo tempo, pode trazer o risco de causar dano. Isto não se refere ao relativismo cultural, o que possibilitou elaborar “uma crítica desafiante aos valores e crenças ocidentais” (LEDERMAN, 2012, p. 4) – embora, como reação a isto, a reflexão

ética na antropologia atual tenha, como referência crescente, os valores ocidentais. Em uma estrutura como esta, algumas das perguntas éticas poderiam ter sido: quanto silêncio devemos manter ao reconhecer situações que vão de encontro aos valores que sustentamos (CEFAI, 2010)? Quanto nossa prática etnográfica pode contribuir para endossar ou para mostrar indiferença a essas situações? Conforme Fluehr-Lobban (2013) e Lambek (2010) sugeriram, o debate ético deve se afastar do sobre-relativismo, de modo que a questão da ética não seja reduzida a debates sobre relativismo cultural *versus* relativismo ético. Muito além do debate sobre relativismo cultural, encontra-se a questão dos conflitos éticos que emergem do respeito às normas epistemológicas.

No caso aqui examinado, surgiu o conflito entre duas posturas de pesquisa possíveis quando confrontadas com o objeto em estudo. É difícil conciliar essas questões quando ocorre uma colisão ou uma contradição entre as diferentes implicações sociais e políticas do estudo, ou seja, quando trabalhar uma questão específica poderia ser considerado uma necessidade heurística, ou um meio de melhorar a situação geral das pessoas que estão sendo estudadas (a saber, as mulheres que estão sujeitas a casamentos poligâmicos), ou o risco de prejudicar a imagem do grupo mais amplo ao qual os sujeitos pertencem (famílias africanas). Aqui, o/a antropólogo/a também se encontra em situação de dissonância ética na medida em que, ao tentar respeitar um princípio ético (ajudar o fraco, fazer o bem), pode fracassar em respeitar o outro (não causar dano). Essa noção também me parece apropriada ao caracterizar as dificuldades que os/as antropólogos/as enfrentam quando concordam com dois registros de valores conflitantes. A dissonância ética força os/as antropólogos/as a fazerem escolhas que são necessariamente arbitrárias, pois dependem de suas próprias opções ideológicas, filosóficas ou políticas.

A noção de *dissonância ética* aqui abrange princípios éticos contraditórios aos quais o/a antropólogo/a adere e precisa arbitrar. Embora o que é descrito como *dilema ético* por Appell (1978) seja destinado a caracterizar os problemas encontrados por antropólogos/as na pesquisa intercultural, com ênfase no conflito mental entre imperativos éticos

conforme são vivenciados pelo/a antropólogo/a, o conceito de *dissonância ética* objetiva ressaltar a própria contradição entre os vários princípios aos quais adere.

3. Discussão

Não estou aqui tratando de um conflito entre dois sistemas culturais ou sistemas de valores heterogêneos, nem mesmo do problema colocado pelo fato de que a pesquisa pode ocorrer na interseção entre interesses divergentes, como foi discutido por Appell (1978). Esse autor ressaltou o caráter irreconciliável dos múltiplos papéis do/a antropólogo/a e das diversas expectativas morais implicadas. Por sua vez, Lederman (2012) discutiu o conflito em potencial entre diferentes marcos de referência, como expectativas profissionais, escolhas pessoais e valores, e as pressões associadas às redes às quais alguém pertence. Nesse contexto, ele discutiu a dificuldade que os pesquisadores enfrentam para conciliar seus próprios pontos de vista e aqueles de seus informantes. Essa dificuldade foi explicitamente referida na *Declaração do comitê executivo* da American Anthropological Association referente à ética:

Os/as antropólogos/as devem ponderar as obrigações éticas concorrentes para os participantes da pesquisa, estudantes, colegas profissionais, empregadores e financiadores, entre outros, ao reconhecer que as obrigações para com os participantes da pesquisa geralmente são fundamentais. (AAA, 2012, p. 9).

Obrigações éticas concorrentes são as diferentes obrigações sociais às quais os/as antropólogos/as estão sujeitos/as frente aos seus diferentes parceiros sociais. Consequentemente, quando a AAA discute o risco de éticas conflitantes, fá-lo em referência aos princípios éticos com os quais os/as antropólogos/as se defrontam como pesquisadores/as, como membros de uma associação ou como pais, por exemplo, quando exercem papéis distintos.

A questão que levanto aqui é outra: estou preocupada com a escolha que os/as antropólogos/as precisam fazer entre dois registros de valores diferentes, podendo concordar com ambos. Não necessariamente existe fusão entre uma postura ética e uma postura engajada. Apesar da óbvia necessidade de criar uma estrutura ética para qualquer pesquisa, existem dificuldades inerentes às escolhas feitas durante qualquer projeto de pesquisa e às opções éticas e epistemológicas que representam. Embora uma abordagem ético-epistemológica a um grupo primeiramente implique levar em conta as relações sociais que ali podem ser observadas, isto está longe de ser simples quando evitar causar dano a um grupo pode envolver prejudicar outro.

A questão, portanto, é se a defesa de determinados valores como alicerce da escolha por realizar a pesquisa sobre determinadas pessoas ou grupos poderia, de fato, ir contra o bem ou o interesse de outros. Por intermédio da perspectiva crítica adotada por alguns/algumas antropólogos/as, eles/elas podem almejar melhorar o destino dos seres humanos – para Nancy Scheper-Hughes, em referência ao seu trabalho de campo na África do Sul, é até uma “ferramenta para a libertação humana” (SCHEPER-HUGHES, 1995, p. 415). Porém, os/as antropólogos/as precisam confrontar as questões relacionadas à pluralidade das pessoas estudadas. A perspectiva defendida por mim é que devemos nos libertar da visão de que a postura ética somente deveria ser imaginada de uma maneira dualística e maniqueísta, em oposição ao bom e ao ruim. Os/As antropólogos/as que trabalham no campo médico não estão, necessariamente, defrontando-se com pessoas más (que discriminam, dominam outros ou colocam em perigo os direitos ao bem-estar de outrem), de um lado, e com pessoas boas, do outro lado. Os/As antropólogos/as encontram-se lidando com indivíduos que ocupam posições socialmente distintas e interagem uns com os outros (homens *versus* mulheres, médicos *versus* pacientes e assim por diante).

A escolha por conduzir uma pesquisa sobre poligamia para trazer à luz uma situação de dominação não necessariamente envolve, em termos de análise, defender o lado das mulheres, assim como a escolha por estudar as informações aos pacientes para ressaltar sua inadequação significa

não tentar compreender os sentimentos e as motivações dos médicos. No exemplo das famílias poligâmicas, pesquisar as práticas sociais em vigor também implicou não defender o lado de um cônjuge ou do outro, embora também houvesse relações de dominação entre coesposas. As relações entre os sexos são socialmente construídas, é claro, e os papéis sexuais são impostos tanto sobre um sexo, quanto sobre o outro. Os homens são tão socializados quanto as mulheres, mesmo se as estruturas sobre as quais essa socialização foi construída forem radicalmente diferentes. A socialização dos homens também supõe formas de pressão. A prova disso pode ser encontrada na falta de respeito pelos homens monogâmicos e na pressão para que os homens assumam esposas adicionais.

Desenvolver uma análise crítica dos processos que ocorrem no campo do *illness*, repensar a questão do poder, trabalhar para permitir que as pessoas controlem seus corpos e sua saúde de maneira autônoma ou estudar situações de vulnerabilidade, de dominação e de desigualdade (FAINZANG *et al.*, 2009) não protege um pesquisador contra a necessidade de fazer escolhas sobre como o objeto é construído e de rever sua posição no campo. As duas situações que descrevi têm suas opções específicas. Porém, ambas levantam, de maneira própria, a questão de construir o objeto antropológico quando esse objeto é percebido ou compreendido pela sociedade civil em termos éticos.

No primeiro exemplo, alguns profissionais de saúde me censuraram por discutir as mentiras dos médicos devido à conotação moral negativa dessa prática. No segundo caso, foram alguns de meus colegas que ficaram preocupados com minha discussão sobre o funcionamento da poligamia em famílias imigrantes africanas devido ao julgamento negativo dessa prática em sociedades ocidentais. As duas situações também ilustram que, para serem éticas, as decisões necessariamente também devem ser epistemológicas. Com essa finalidade, embora a tarefa do/a antropólogo/a seja assumir o interesse pelo Outro, não deve negligenciar o exame dos pontos de vista do Outro do Outro. Estudar médicos e pacientes na relação terapêutica ou estudar maridos e esposas em famílias poligâmicas pode constituir uma complexidade maior porque as partes dominantes também tiveram voz e tiveram suas razões

escutadas. Referente a isto, as duas questões aqui levantadas têm, em comum, uma ênfase sobre a dificuldade ética enfrentada por antropólogos/as quando lidam com dois grupos sociais diferentes em relações de oposição ou de inclusão. Isto nos leva a examinar, de maneira crítica, as declarações éticas formais, como as da AAA.

Os *Ethical principles and guidelines for the protection of human subjects of research* (*Princípios éticos e diretrizes para proteção de seres humanos na pesquisa*), conhecidos como *Belmont Report* (1979), exigem que os pesquisadores atendam a três princípios éticos: respeito, beneficência e justiça (BEAUCHAMP, 1982; CEFAL, 2010). No entanto, simplesmente respeitar esses princípios não esgota as questões éticas levantadas na pesquisa antropológica. Na linha das recomendações do *Relatório Belmont*, a *Declaração sobre ética do comitê executivo da AAA* (2012), um ponto de referência na comunidade antropológica francesa, estabelece os Princípios da Responsabilidade Profissional.

Esse texto define que a obrigação ética fundamental é não causar nenhum dano e que as “determinações a respeito de o que está no melhor interesse dos outros ou que tipos de esforços são apropriados para aumentar o bem-estar são carregados de valor” (AAA, 2012, p. 4). Isto supõe que somos capazes de determinar, com certeza, o bem e o dano que nosso trabalho pode causar. Existe probabilidade de que estudar as mentiras do médico cause danos aos médicos ou beneficie os pacientes? Ainda mais, essa instrução transmite uma visão levemente maniqueísta do que é fazer o bem ou evitar fazer o mal, pois os indivíduos e os grupos em jogo são diversificados e ocupam posições sociais que não são idênticas: os maridos estão em uma posição de dominância em relação a suas esposas em virtude da construção social de relações de gênero nessa estrutura, por exemplo, mas estão em uma posição de vulnerabilidade na sociedade francesa em virtude de seu *status* social, econômico e étnico como migrantes africanos.

Conclusão

Rotineiramente, podemos ser confrontados com problemas devido à nossa escolha de objetos e à forma como são construídos. A questão aqui não foi saber se se deve julgar o que se vê ou não – uma pergunta que Scheper-Hughes (1995) respondeu ao imaginar que formas uma antropologia politicamente comprometida e moralmente engajada poderia assumir – ou mesmo se é possível fazê-lo, embora pudéssemos considerar que o julgamento feito no começo da pesquisa está epistemologicamente preconcebido, mas se o julgamento na conclusão dessa mesma pesquisa é eticamente desejável. Os/As antropólogos/as se defrontam com numerosas questões éticas em seu trabalho de campo (CASSELL; JACOBS, 1987) ao atuarem tanto dentro, quanto fora de suas fronteiras nacionais. Entre essas questões, geralmente, a principal é aquela de saber como se comportar para fazer o bem ou não causar qualquer dano. Conforme ressaltai, devemos evitar enfocar a questão de maneira maniqueísta, principalmente, porque, às vezes, trabalhamos com pessoas que podem estar tanto em uma posição de vulnerabilidade, como em uma posição de dominância. Refletir sobre os questionamentos éticos que os/as antropólogos/as enfrentam supõe ressaltar a complexidade de posturas sociais ocupadas pelos atores.

Se as escolhas que os/as antropólogos/as fazem se destinarem a satisfazer tanto requisitos éticos, como epistemológicos, precisam ser feitas nas interseções desses dois tipos de exigência. Este ponto de encontro será diferente para cada pesquisador/a, e suas respostas a elas dependerão de sua própria sensibilidade aos fenômenos de discriminação, de injustiça e de poder. Apesar dos códigos éticos, como da AAA (1998), os/as antropólogos/as se encontram tendo que, constantemente, administrar novos questionamentos éticos no decorrer de suas pesquisas. É importante discutir os problemas que enfrentam e as escolhas que fazem, para contribuir com o pensamento coletivo sobre desafios éticos em antropologia médica.

Referências

AMERICAN ANTHROPOLOGICAL ASSOCIATION - AAA. *Code of ethics of the American Anthropological Association*, 1998. Disponível em: <http://www.aaanet.org/committees/ethics/ethicscode.pdf>. Acesso em: 12 mai. 2019.

AMERICAN ANTHROPOLOGICAL ASSOCIATION - AAA. Statement on ethics: principles of professional responsibility, 2012. Disponível em: <http://www.aaanet.org/profdev/ethics/upload/Statement-on-Ethics-Principles-of-Professional-Responsibility.pdf>. Acesso em: 22 abr. 2015.

ABIVEN, Maurice. Mentir pour bien faire? Ou le mensonge en médecine. *Etudes Psychothérapeutiques*, n. 13, p. 39-50, 1996.

ANTHROPOLOGIE ET SOCIÉTÉS. *Anthropologie, relativisme éthique et santé*, v. 24, n. 2, 2000.

APPELL, George N. (ed.). *Ethical dilemmas in anthropological inquiry: a case book*. Waltham, MA: Crossroads Press for the African Studies Association, 1978.

BARNES, John Arundel. *Pack of lies: towards a sociology of lying*. Cambridge, UK: Cambridge University Press, 1994.

BEAUCHAMP, Tom L. *Ethical issues in social science research*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1982.

BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F. *Principles of biomedical ethics*. 3. ed. Oxford, UK and New York: Oxford University Press, 1989.

BEAUDEVIN, Claire. “Inaugurer” l’anthropologie de la santé au Sultanat d’Oman: l’anthropologue face à la lecture locale de l’éthique de la recherche: une rencontre inattendue. *Ethnographiques.org Online*, n. 17, nov. 2008. Disponível em: <http://www.ethnographiques.org/2008/Beaudevin>. Acesso em: 22 abr. 2015.

BELMONT REPORT. *Ethical principles and guidelines for the protection of human subjects of research*. Washington, DC: Department of Health, Education and Welfare, 1979.

BOK, Sissela. *Lying: moral choice in public and private life*. New York: Vintage Books, 1979.

CAPLAN, Patricia (ed.). *The ethics of anthropology: debates and dilemma*. London: Routledge, 2003.

CASELL, Joan; WAX, Murray L. (ed.). Ethical problems of fieldwork. *Social Problems*, n. 27, p. 259-378, 1980.

CASELL, Joan; JACOBS, Sue-Ellen (ed.). *Handbook on ethical issues in anthropology*: a special publication of the AAA, n. 23, 1987. Disponível em: <http://www.aaanet.org/committees/ethics/toc.htm>. Acesso em: 22 abr. 2015.

CEFAI, Daniel (ed.). *L'engagement ethnographique*. Paris: Editions de L'ehess, 2010.

CONSTANT, Benjamin. Tout le monde n'a pas droit à la vérité. In: MORANA, Cyrill (ed.). *Le droit de mentir*. Paris: Fayard/Mille et une nuit, 2003.

CRAPANZANO, Vincent. Réflexions sur une anthropologie des émotions. *Terrain*, n. 22, p. 109-117, 1994.

DELAPORTE, Christine. *Dire la vérité au malade*. Paris: Odile Jacob, 2001.

DESCLAUX, Alice. Les lieux du “véritable travail éthique” en anthropologie de la santé Terrain, comités, espaces de réflexion? *Ethnographiques.org Online*, n. 17, 2008. Disponível em: <http://www.ethnographiques.org/2008/Desclaux>. Acesso em: 22 abr. 2015.

DESCLAUX, Alice; SARRADON-ECK, Aline (ed.). Introduction au dossier ‘L'éthique en anthropologie de la santé: conflits, pratiques, valeur heuristique’, *Ethnographiques.org Online*, n. 17, 2008. Disponível em: <http://www.ethnographiques.org/2008/Desclaux,Sarradon-Eck>. Acesso em: 22 abr. 2015.

ENGELN, Eva Maria; RÖTTGER-RÖSSLER, Birgitt. Current disciplinary and interdisciplinary debates on empathy. *Emotion Review*, v. 4, n. 1, p. 3-8, 2012.

ENGELN, Eva Maria; RÖTTGER-RÖSSLER, Birgitt. *La relation médecins-malades: information et mensonge*. Paris: Presses Universitaires de France, 2006.

FAINZANG, Sylvie. Anthropology and medicine: empathy, experience and knowledge. In: DONGEN, Els van; KUTALEK, Ruth (ed.). *Facing distress: distance and proximity in times of illness*. Berlin: LIT Verlag, 2007. p. 1-20.

FAINZANG, Sylvie. Patient information between public space and anthropology: Ethnography's contribution to the debate. *Etnografica*, v. 14, n. 1, p. 97-114, 2010.

FAINZANG, Sylvie; JOURNET, Odile. *La femme de mon Mari: anthropologie du mariage polygamique en Afrique et en France*. Paris: L'Harmattan, 1989.

FAINZANG, Sylvie et al. (ed.). *Medical anthropology, wealfare state and political engagement*. Roma: Argo, 2009.

FASSIN, Didier. The end of ethnography as collateral damage of ethical regulation? *American Ethnologist*, v. 33, n. 4, p. 522-524, 2006.

FASSIN, Didier. L'éthique au-delà de la règle: réflexions autour d'une enquête sur les soins en Afrique du Sud. *Sociétés Contemporaines*, v. 3, n. 71, p. 117-135, 2008.

FAUBION, James D. *An anthropology of ethics*. Cambridge, UK: Cambridge University Press, 2011.

FAVEREAU, Erick. *Le silence des médecins*. Paris: Calmann-Lévy, 1994.

FLETCHER, Joseph. *Morals and medicine: the moral problems of the patient's right to know the truth*. Princeton, NJ: Princeton University Press, 1979.

FLUEHR-LOBBAN, Carolyn. *Ethics and the profession of anthropology: dialogue for ethically conscious practice* (1st ed., 2003). Walnut Creek, CA: AltaMira Press, 2013.

GEETS, Claude. Vérité et mensonge dans la relation au malade. *Revue d'Éthique et de Théologie Morale*, n. 184, p. 56-77, 1993.

GUPTA, Akhil; FERGUSON, James (ed.). *Culture, power, place: explorations in critical anthropology*. Durham, NC: Duke University Press, 1997.

HOERNI, Bernard. *Paroles et silences du médecin*. Paris: Flammarion, 1985.

HOERNI, Bernard. Vie et déclin du ‘mensonge médical’. *Histoire des Sciences Médicales*, v. 39, n. 4, p. 349-358, 2005.

HOURS, Bernard; SELIM, Monique. Pratiques et axiologies de l’anthropologie face à la domination politique. *Anthropologie et Sociétés*, v. 24, n. 2, p. 111-127, 2000.

KATZ, Jack. Ethical escape routes for underground ethnographers. *American Ethnologist*, v. 33, n. 4, p. 499-506, 2006.

KURAN, Timur. *Private truths, public lies: the social consequences of preference falsification*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1995.

LAMBEK, Michael (ed.). *Ordinary ethics: anthropology, language, and action*. New York: Fordham University Press, 2010.

LEDERMAN, Rena. The perils of working at home: IRB “mission creep” as context and content for an ethnography of disciplinary knowledges. *American Ethnologist*, v. 33, n. 4, p. 482-491, 2006.

LEDERMAN, Rena. Ethics: practices, principles, and comparative perspectives. In: CARRIER, James; GEWERTZ, Debora B.; CARRIER, James (ed.). *Handbook of social and cultural anthropology*. London: Berg, 2012.

LUHRMANN, Tanya. M. Subjectivity. *Anthropological Theory*, v. 6, n. 3, p. 345-361, 2006.

MASSÉ, Raymond. Les limites d’une approche essentialiste des ethnoéthiques. Pour un relativisme éthique critique. *Anthropologie et Sociétés*, v. 24, n. 2, p. 13-33, 2000.

MUSSO, Sandrine. A propos du “malaise éthique” du chercheur: les leçons d’un terrain sur les objets « sida » et « immigration » en France. *Ethnographiques.org*, Online, n. 17, 2008. Disponível em: <http://www.ethnographiques.org/2008/Musso>. Acesso em: 22 abr. 2015.

PLATÃO. *La république*. Paris: Garnier-Flammarion, 1966.

SAKOYAN, Juliette. L’éthique multi-située et le chercheur comme acteur pluriel : dilemmes relationnels d’une ethnographie des migrations sanitaires. *Ethnographiques.org Online*, n. 17, 2008. Disponível em: <http://www.ethnographiques.org/2008/Sakoyan>. Acesso em: 22 abr. 2015.

SARRADON-ECK, Aline. Médecin et anthropologue, médecin contre anthropologue: dilemmes éthiques pour ethnographes en situation clinique. *Ethnographiques.org Online*, n. 17, 2008. Disponível em: <http://www.ethnographiques.org/2008/Sarradon-Eck>. Acesso em: 22 abr. 2015.

SCHEPER-HUGHES, Nancy. The primacy of the ethical: propositions for a militant anthropology. *Current Anthropology*, v. 36, n. 3, p. 409-440, 1995.

SHIBLES, Warren. *Lying: a critical analysis*. Whitewater, WI: The Language Press, 1985.

SHWEDER, Richard A. Protecting human subjects and preserving academic freedom: prospects at the University of Chicago. *American Ethnologist*, v. 33, n. 4, p. 507-518, 2006.

SINGER, Merrill; BAER, Hans. *Introducing medical anthropology: a discipline in action*. Plymouth, UK: AltaMira Press, 2007.

VAN DER GEEST, Sjaak; FINKLER, Kaja. Hospital ethnography: introduction. *Social Science & Medicine*, v. 59, n. 10, p. 1995-2001, 2004.



2

Capítulo 2

Por uma antropologia do cuidado: reflexões em torno de um percurso de pesquisa¹

Francine Saillant

Faz muitos anos que trabalho com a análise antropológica das práticas de cuidado, inicialmente, como formas terapêuticas em contextos variados, como Quebec, França e Brasil, trabalhos que foram associados,

¹ Uma primeira versão deste texto foi apresentada em colóquio, no Departamento de Antropologia da Universidade de Laval (Canadá), em novembro de 1998. Versões modificadas do texto foram, em seguida, apresentadas nas universidades de Lyon (França), de São Paulo e do Rio de Janeiro (Brasil), ao longo de 1999. A tradução foi autorizada pela autora e realizada por Jaqueline Ferreira, com revisão de Breno Pessurno.

em princípio, à antropologia médica, mas que se distanciam dela em vários pontos, como veremos adiante. Em segundo lugar, em torno de práticas de acompanhamento de indivíduos vulneráveis, as quais unem as modalidades socioculturais do vínculo social (entre pessoas, entre grupos, entre diferentes ordens da realidade). Este trabalho questiona a busca de reconhecimento (e de identidade) dos praticantes de acompanhamento que já foram qualificados como *mediadores*. Para alguns, os cuidadores,² sobretudo, as práticas de cuidado, são vivenciadas como socialmente invisíveis e fonte de sofrimento (CARPENTIER-ROY, 1991), mas, ao mesmo tempo, elas imprimem, no próprio centro dessa prática, sua condição de humanidade, de alteridade, de condição teórica (fenomenologia), do incorporamento (*embodiment*) da identidade de cuidador, de acompanhante. Essa situação não está reduzida à polaridade cuidador/doente. Ela a ultrapassa, e de longe.

Na antropologia se discutem, cada vez mais, as identidades: múltiplas, fragmentadas, mortais, pós-modernas, transnacionais, transgêneras. Questiona-se o conceito de identidade em seus aspectos ideológicos: imobilizá-lo seria contrário ao espírito de mestiçagem que parece caracterizar o mundo em que vivemos (LAPLANTINE, 1999). Discutem-se também, no pós-modernismo, a construção do Outro (KILANI, 1989; 1994; MARCUS; FISCHER, 1999) e sua desconstrução pela antropologia (DICKENS; FONTANA, 1994; WAUGH, 1992). Um tema, no entanto, parece-me mais elucidativo, mais humanista talvez, mas também mais arriscado, o *do reencontro com o Outro*. Lá, onde o Um e o Outro coexistem e revelam-se, sem estarem presos a uma identidade sem reconhecimento e sem reciprocidade.

As práticas de acompanhamento são justamente práticas de reencontro com o Outro em um mundo do transitório e do inacabado (de condições de vulnerabilidade, de aprendizagem, de doenças, de vivências) e estão inscritas na experiência da liminaridade (TURNER, 1990). Esse universo de condições e de práticas revela uma parte importante

² Na medida em que se trata essencialmente de mulheres, a forma feminina será utilizada em todo o texto.

das realidades que coexistem na sombra da produção e do mercado; das racionalidades políticas, tecnocientíficas ou institucionais, mas também de modelos identitários que se definem pela exclusão de outras identidades, por exemplo, étnicas ou sexuais. Espelhos de práticas sobre realidades difusas e multiformes, cuja finalidade mais ou menos consciente é ajudar a viver, a superar o insuperável e a ultrapassar as barreiras aparentes da vida. Para que uma sociedade se construa, é necessário aprender a caminhar, a dizer e a refazer; aprender a aprender, aprender a aceitar o que não se pode fazer sozinho, sem a ajuda de outro; aprender a unir pelas palavras, pelos símbolos, pelos signos, pelos gestos, os diversos tipos de ordens da realidade, incluindo o de pertencer a um grupo. Reconhecer a parte do vínculo na construção do social. O vínculo significa aqui que, em todo lugar, existem pessoas que estão em acompanhamento de outras para ajudá-las a seguir em frente. Na ajuda e no cuidado, constroem-se diversas formas de relação, que subentendem diversas formas de vínculo, essenciais à constituição básica do social (GAGNON; SAILLANT; MONTGOMERY, 2000). O mundo da produção fala de coisas que fabricamos com ferramentas. O mundo da gestão evoca a ordem que impomos às coisas e às pessoas. A reprodução biológica e social cria formas de produção da vida para produzir coisas e pessoas. O mundo dos acompanhantes não é, nem do primeiro, nem do segundo mundo: ele une o *nem um, nem outro*; ele cria um elo entre a vida, as coisas e as pessoas. Pelas relações e pelos vínculos, ele mais conecta que ordena.

Neste texto, quero dar conta, humildemente, de questões que atravessaram meu percurso de antropóloga por cerca de 20 anos. Inicialmente, quero colocá-las em um plano geral dos debates contemporâneos da antropologia, para, em seguida, situá-las na minha prática profissional e acadêmica. Fazendo isso, eu quero explorar o terceiro termo mencionado: da antropologia como prática do reencontro com o Outro, inspirando-me nos aprendizados adquiridos no centro das práticas do cuidado.

1. Reflexividade, teoria, ciência, política

Todos nós já passamos por essa estranha experiência de falar aos outros: “sou antropóloga(o)”, “faço pesquisa”. Pensamos, talvez sem falar em voz alta: eu produzo coisas imateriais, conhecimentos, fatos incertos e contestáveis; eu interpreto e tomo partido sem traduzir ou legislar; eu escuto sem ser psicólogo ou psicanalista; eu auxilio a ultrapassar fronteiras, mas não tenho as chaves para todas as portas que se fecham frequentemente diante de nós. Eu observo, mas não me adapto bem somente à observação, pois preciso achar as palavras certas, sim, certas por rigor ou por justiça, para dizer que vejo e sinto em relação ao que me disseram e sentiram. Eu sou filósofa da floresta e da cidade hiperurbana; descrevo grafites e arte rupestre; testemunho sofrimentos ou desigualdades as mais cruéis, do nascimento à morte. Eu sou escriba das virtualidades cotidianas e atravesso os diversos níveis da realidade, como as cabras que atravessam as neblinas das mais altas montanhas, desafiando seus cumes. Eu vou a um país teórico, mas volto, com os pés bem no chão, como um mistério sempre renovado, sem ferimentos aparentes, a um país empírico. Eu sou atriz ou ator do mundo, no mundo.

Os antropólogos, às vezes, têm dificuldade de se considerar cientistas no sentido da antiga ciência moderna (refiro-me aqui aos debates da etnografia pós-moderna), mas também de ser poetas (hesita-se em reduzir a antropologia aos *cultural studies* e aos estudos literários). Além disso, como eles defendem e traduzem a palavra dos sem voz, eles querem que sua própria voz seja um signo do Outro e buscam dizer a verdade, isto é, o credível, o plausível. Como a ciência comporta perigos para seus usuários ligados ao poder, eles querem adotar táticas particulares para melhor criar alianças e situar a sua voz entre os sem voz. Adotando tal postura, a poesia, para eles, *não tem futuro, não tem credibilidade*; ela tem sabor, mas isso é outra coisa. Contudo, eles querem também que seus textos sejam sensíveis, marcados pelas qualidades encontradas no Outro, sem trair a ciência nem o senso comum. Talvez eles amem que tudo isso seja belo, seguindo assim os caminhos da nova escrita etnográfica. Belo por deixar aparecer não a poesia, mas

a poética do mundo, de seus cantos. Porque, no fundo, todo mundo canta: os sem-terra do Brasil, os *sans papiers* de Paris, como se canta também em Saravejo. O canto do mundo é um pouco seu murmúrio, suas qualidades sensíveis; aquilo que às vezes emana do sem sentido, do indizível, da festa, mas é também o que sucede aos acontecimentos que são os traumas coletivos assim que as pessoas buscam se levantar quando tudo parece desmoronar.

Como antropólogos, como cidadãos ou como cidadãos do mundo, nós nos encarregamos de uma tarefa: falar a verdade sobre as pessoas e sobre o mundo, com palavras que são, ao mesmo tempo, da ciência e do senso comum, e desenvolver representações críveis, mas nem sempre aceitas ou aceitáveis. Trata-se do que tomamos por verdade e daquilo que estamos bem convencidos de que é construído e conflituoso, pois nós, antes de tudo, fomos construtivistas em função do relativismo e nós somos essencialmente críticos devido a nossas origens nas ciências sociais. Talvez nós sejamos os humanistas que lembram a humanidade e a desumanidade das coisas diante das máquinas monstruosas que se criam atualmente no centro das virtualidades econômicas, políticas, corporais, comunicacionais. Nós somos também os niilistas que olham com um olhar cético para as crenças, para as verdades, para as ciências, inclusive, as nossas. Isso porque, doravante, nós olhamos a nossa ciência com uma lupa, como talvez nenhuma outra ciência o tenha feito até hoje, refletindo simultaneamente sobre as condições de produção e de reprodução de nossos conhecimentos. Foucault abriu a via da compreensão dessa criação das ciências humanas como último discurso sobre a categoria *homem*, mas a reflexividade, seja a de Foucault (1969), ou a de Giddens (1986, 1990), ou a de Bourdieu (1980), ou a de Marcus e Fischer (1999), possui algo fascinante, mas também um pouco paralisante, uma vez que não podemos tudo prever. Alguma coisa sempre escapa nessa consciência reflexiva, e os efeitos do reflexo têm esse risco: a circularidade do discurso e o abismo pós-modernista.

Vários antropólogos, na passagem dos anos, seguiram os caminhos do pós-modernismo, caminhos esses sedutores por tornarem possível um retrato do mundo, menos para observar, como o fez certa

antropologia científica, mas, acima de tudo, para fazer perceber que talvez não seja possível mudá-los. Pode ser verdade que não se possa mudar tudo em razão de uma ciência única. Parece que nós criamos o Outro, a invenção do Ocidente por excelência, e a produção de conhecimentos em antropologia presos em uma armadilha, isto porque teríamos, historicamente, deformado a realidade e traído as populações que nós acreditávamos compreender e até defender. Então, como pretendemos conhecer o Outro? É aqui, nessa encruzilhada, que se elabora a nova escrita etnográfica, pelos caminhos de uma poética (e de uma política) da etnografia. A antropologia que toma esse caminho aberto por Marcus e Fischer (1999) fascina e derrota, mas ela questiona nossa ciência sobre sua capacidade de permanecermos cientistas, de acedermos à ciência, isto é, a um conhecimento geral. Um conhecimento geral não passa talvez pela ideia um pouco obsoleta de generalização, como é pretendido pela epistemologia e pelo empirismo lógico.

Esse conhecimento geral passará, de agora em diante, pela aceitação de uma reconciliação entre o singular e o plural, o local e o global. Não poderíamos nos perguntar em quais condições o conhecimento (e não a ciência modernista herdada da racionalidade iluminista) é agora possível e como ele pode contribuir para a busca de uma vida melhor (não significando isso o progresso), transcendendo as categorias do particular e do universal (em vez de fechar-se em uma ou em outra dessas categorias)? Sem dúvida, diante de sociólogos, de psicólogos, de cientistas políticos, de demógrafos, seria uma nova etnografia que se restringiria ao local e ao singular; apareceria como negação da ciência na perspectiva do conhecimento geral sobre o mundo, tão nobre quanto a ideia de recusa a trair o Outro pela escolha de um discurso estético, fenomenológico ou desconstrutivista. Todavia, não nos arriscamos a calar a antropologia, tornando impossível toda a palavra sobre o Outro sob o pretexto de que nós a criamos (os psicólogos não fazem o mesmo, criando o pensamento; os psicanalistas, o inconsciente; a medicina, o corpo)? Não nos arriscamos a excluir toda a comunicação (HABERMAS, 1987)? O Outro poderia existir fora da linguagem e da representação, da palavra que o constitui?

Alguns pensadores, como Baré (1999), criticam severamente o pós-modernismo, pois ele reduziria, em muito, o projeto da antropologia. Outros optam por repensar os fundamentos do conhecimento e tornam inquietantes as pretensões à generalização (LATOURE, 1995) ou simplesmente obsoletas (HASTRUP, 1995), mas o que é mais difícil neste momento é justamente esta posição extrema que conduz à renúncia do projeto antropológico, isto é, a um conhecimento geral sobre o gênero humano em sua diversidade, privilegiando o particularismo cultural: para os mais radicais, de fato, somente o Outro, ao final das contas, seria autorizado a falar sobre si mesmo. Se renunciarmos a esse projeto, os outros representantes das ciências sociais não se encarregarão disso? É isso que queremos recusando, paradoxalmente, o caráter dialógico do ser humano?

Desde que afirmamos que nossa ciência é reflexiva com aqueles que nos habituaram às variadas expressões do construtivismo, de Piaget (1972) a Bourdieu (1980), passando pelas feministas contemporâneas (ver, por exemplo, certos trabalhos sobre o corpo, como os de Alison e Bordo (1989), sabemos que nossos conhecimentos são utilizados e reinterpretados nos meandros das burocracias e dos poderes internacionais, assim como pelos intérpretes das populações estudadas, pelos líderes, pelos ativistas, pelos guardiões da memória. Nossa ciência está no centro do conflito de interpretações (RICŒUR, 1974). Ela é um discurso como outro, ao encontro da hermenêutica, como lembra Habermas (1987) ou Taylor (1994, 1998), autores que ultrapassam os caminhos da reconciliação pelas proposições por eles expressas em torno dos temas *reconhecimento* e *comunicação*, unificando o singular e o geral. Porém, a antropologia não resiste a se pensar como um discurso diferente no seio da diferença, um discurso totalmente diferente dos outros, pois é dotada de uma autoridade particular (ainda que contestada): dizer a verdade, a verdade mais verdadeira e a aparentemente mais verdadeira, nas condições únicas em relação às outras ciências. Não é isso o que a nova etnografia queria, dar significado à verdade por sua maior singularidade?

Reconhecendo a reflexividade do conhecimento, criamos uma posição generosa e arriscada para nós, pois não somente desconfiamos do que dizemos sobre o Outro, como duvidamos que nossa palavra seja apropriada por outros que se interessam pelos mesmos grupos de pessoas que nós. Produzindo conhecimento, ao mesmo tempo geral e singular, sobre os grupos particulares dos quais nos fizemos intérpretes – mulheres, peregrinos, autóctones, jovens, curandeiros, pessoas do teatro, pessoas das comunidades culturais –, nós participaríamos de formas de controle variadas desses grupos pela intermediação de diversas funções de vigilância ligadas a diversos aparelhos. Então, por que procurar? Pouco importa que a antropologia seja, em princípio e acima de tudo, uma ciência cujas condições de enunciação estão sempre em construção, pois nossa palavra pode sofrer armadilhas graças às formas de poderes invisíveis cada vez mais sutis, cujos efeitos são inevitáveis. A amplitude dos fenômenos ligados à globalização diz respeito a essa representação da ação.

Construtivistas e críticas: duas palavras que dominam os paradigmas que retemos. Preferimos os riscos da troca mais do que as armadilhas de uma antropologia fechada em si mesma. A reflexividade não é somente possibilidade de recuperação, como também terreno para abertura e diálogo crítico em relação aos outros discursos possíveis distintos da antropologia, sejam eles políticos, sejam eles epistemológicos, ou oriundos do meio civil, ou ainda derivados de outras posições, ou do diálogo com outros interlocutores, que não os próprios antropólogos.

Agora que o projeto de universalidade do ser humano na antropologia é talvez colocado em foco, não parece muito ideológico ou duvidoso diante do que alguns creem ver no processo de uniformização das culturas dos seres humanos? Estamos atualmente mais preocupados com a diversidade e com a justiça, sob a ameaça de uma uniformização totalizante, do que com a universalidade do ser humano, como veem Leach (1980) e Lévi-Strauss (1971), e essa é, sem dúvida, nossa tarefa mais urgente. Além dessa urgência e apesar dela, o sentimento de impotência às vezes nos invade: como pesquisadores, fazemos construções teóricas, metodológicas e usamos as palavras adequadas,

mas, pelo fato de que nem sempre estamos implicados nos processos de decisão sustentados por nossas pesquisas, o que, aliás, não garantiria nada, frequentemente ficamos decepcionados com seu resultado. O que realmente realizamos, a quem e a que serviu todo esse conhecimento que, não raro, apresenta-se como *déjà vu* pelos informantes? Às vezes, acho essa situação inquietante, podendo ser desmobilizadora, sufocante e improdutiva, principalmente se o antropólogo trabalha de maneira isolada. Sem aliados para a construção de um saber comum em torno de causas comuns, ele não pode ir a nenhum lugar. Salvo, é claro, em qualquer parte do lustro acadêmico, bastante endógeno. O isolamento em tribos é autorreferido, comporta perigos da mesma forma. As dificuldades e os desafios da antropologia de hoje, que nomeio exageradamente e convenientemente de *esteticismo pós-moderno* ou *paranoia crítica*, não se resolvem no próprio umbigo da disciplina nem no resgate, a todo preço, das imagens que herdamos do passado. Para tanto, devemos perseguir esse projeto construtivista crítico desenvolvendo posturas abertas a alianças.

Inicialmente, a abertura ao Outro e aos riscos que isso implica; ao discurso sobre o Outro, produto do diálogo; mas também a abertura a outras disciplinas – embora permanecendo em sua singularidade e evitando a replicação disciplinar – e ao imaginário hegemônico. Propondo um olhar antropológico a outras disciplinas e seus objetos, mas aceitando que certas questões, advindas de outras disciplinas, possam nos dizer respeito como antropólogos. Em seguida, abertura para a interdisciplinaridade, mas uma interdisciplinaridade bem-estabelecida, criativa; ligada a projetos, a paradigmas e a lutas de interesse comum, contrárias a uma ideologia interdisciplinar reduzida a uma soma inaceitável e impraticável de disciplinas. Assim, tornar-nos-emos os representantes da cultura, da qual nos ocuparemos sabiamente a emitir os fundamentos, até a questionar se ela ainda é pertinente (ORTNER, 1997). Abertura a práticas variadas fora do convencional, desenvolvendo a antropologia tanto no mundo acadêmico, como fora dele e, enfim, com aberturas e alianças com os grupos com que trabalhamos, o que já se fez, mas talvez evitando a parceria programada, tão em voga atualmente. Trata-se,

sobretudo, de reconhecimento da afiliação. No meio acadêmico, deixamos descendentes cujo reconhecimento permanece em um trabalho de fôlego para a difusão da antropologia. Sem eles e elas, para onde iremos e o que seremos?

O antropólogo de hoje e do futuro, herdeiro dessa antropologia clássica em crise, trabalha em contextos variados e, como sabemos, seu trabalho fundamental é saber dialogar seu saber com outras disciplinas e profissões. Isso é difícil, provocador, delicado, desencorajador, entusiasmante e arriscado: risco de diluição, de decepção, de sentimento de incompetência ou de uma orgulhosa supervalorização (a tentação hegemônica da antropologia) que muitos interpretam mal. Nós somos, frequentemente, minoria: que eu saiba, o único lugar no qual somos maioria é nos departamentos de antropologia das universidades e, no interior desses departamentos, a diversidade é a regra. A pluralidade é o nosso destino e cabe a nós reconstruir as bases para aberturas. O pluralismo como próprio objeto da antropologia, o pluralismo pela abertura que se desenha nas relações cada vez mais numerosas, abrigado com outras disciplinas, profissões, campos de pesquisa. O pluralismo que inscreve a antropologia nativa e seus intelectuais no novo projeto da disciplina. O pluralismo é o produto de uma leitura polifônica de nossos textos pelos informantes, que se tornam comentaristas.

A metáfora frequentemente utilizada para falar de nossa disciplina é aquela de intérprete: nós devemos nos tornar não somente os intérpretes da cultura local da qual nos aproximamos, que é o que fazemos quando procedemos à escrita etnográfica, como também os intérpretes de nossas teorias nos universos de profissão e de pesquisa, para a qual nos destinamos. Após uma fase intensa unidisciplinar no contexto da formação, nosso trabalho torna-se frequentemente o contexto prático, aquele de *culture broker* teórico. Perdoem-me a imperfeição da imagem.

É um pouco disso que gostaria de falar agora. Apresento, inicialmente, minhas desculpas, porque passarei por minha trajetória autobiográfica, a da experiência, mas sem me restringir a ela.

2. O percurso em direção a uma antropologia do cuidado

A antropologia veio a mim como uma questão e uma possibilidade durante uma experiência vivida em um hospital psiquiátrico no qual eu era enfermeira, há aproximadamente 25 anos. Um rapaz jovem escutava *Supertramp*, grupo de *rock* muito em moda na época. Ele escutava vozes, vozes interiores e bíblicas que diziam: “se tu pecaste pelo teu olho, arranca-o de ti.” O jovem, então com 17 anos, fura seu olho e é internado contra sua vontade no hospital psiquiátrico. Ele continua ouvindo vozes. Eu sou a enfermeira desse jovem. Em um dia em que eu não estava trabalhando, ele foge do hospital. Fiel às suas vozes, fura o outro olho. Nasce um cego. Ele volta ao hospital à força. As vozes que não escuto continuam a se elevar para ele.

Nós falamos sobre o *Supertramp* e sobre a Bíblia. As visitas familiares estão proibidas. Mãe fria, pai ausente, é a justificativa. Ele recebe uma eletroterapia como tratamento, prática que condeno, mas que não tenho poder para impedir. É isso cuidar, tratar? Eu me ponho questões que são antropológicas: o que é o poder dos *experts*? O que é o Outro? O que é o Eu? Existem fronteiras do Eu? Como se dá essa relação entre mim e ele? Ela tem sentido? O que é a realidade? O que é o imaginário? O que é Deus e como ele se dirige às pessoas? Qual a parte das escrituras no imaginário? Eu fiquei marcada para sempre por essa experiência. O sofrimento é sem lágrimas e sem olhos. Escrevi meu primeiro poema publicado sobre a história desse rapaz, sobre esse Outro, sobre esse grito.

Eu deixei esse hospital para tomar o caminho da antropologia, caminho suficientemente amplo e indefinido (penso eu), e dar lugar às vastas questões que terão, naturalmente, uma vida para ser respondidas. Levei vários anos para me tornar antropóloga da saúde ou “médica”, mas, para isso, não tomei o caminho da antropologia exótica. Trabalhei inicialmente *at home*, em Quebec e sobre o Quebec. O Outro foi incorporado pelas experiências do sofrimento, da doença; pelo diagnóstico criador de identidade, de exclusão, de estigmatização, de morte social.

A depressão, a psicose, o câncer, a velhice, a perda de autonomia, a fragilidade, a obesidade foram pontos de interesse para buscar compreender o ser humano em sua diversidade e apreender a diversidade por meio do familiar, do próximo, do comum, do mais simples, nos quais justamente a diversidade é tão imperceptível e impenetrável, tão fácil de ser negada.

Nos anos 1980, então professora de antropologia em uma faculdade de enfermagem, eu me encontrava no centro de todas essas questões, que eram as mesmas dos antropólogos trabalhando fora do meio acadêmico, ou seja, da grande maioria: ser antropólogo fora da tribo e se pôr questões para, depois, desconstruir todos os tipos de ontologias para e com o Outro, inclusive, aquelas das quais se elaboram as certezas profissionais, assim como aquelas da exploração e das misérias humanas. Ser antropólogo com a particularidade que parece pertencer, metade à ciência, metade ao senso comum; um pouco leigo diante da erudição acadêmica, mas também ser antropólogo em um lugar em que você será qualquer um que representará essa ciência, esse discurso, e será questionado por aqueles que imaginam a antropologia um belo discurso sobre a cultura, sobre o que é a antropologia? Recusei tudo isso de uma só vez, mas, ao mesmo tempo, levei a sério as questões que me eram feitas.

Entre esses dois divisores de águas, *nem um, nem outro* (da academia e da prática), muito sensibilizada em uma posição de mediadora (como mulher, sempre somos um pouco), comecei a tentar responder à seguinte questão: o que faço e como a ciência que eu conheço um pouco fará sentido nesse meio? O que é ser antropóloga nesse lugar de acompanhamento do Outro? Tornar-me-ei, eu mesma, outra, excluída simbolicamente por um discurso autorreferido sobre a antropologia erudita, no entanto, aberta ao mundo? Teria eu me tornado outra pelo meu meio de origem, o da ciência da enfermagem?³ Estaria procurando um

³ Nos EUA e nos países de influência anglo-saxônica (Austrália, Inglaterra e Canadá), o doutorado em enfermagem é essencialmente acadêmico e não profissional. Há vários debates sobre essa questão, que ultrapassam o objetivo deste artigo.

componente cultural em uma construção sistemática do mundo, em que o ser humano se representa como um ser biopsicossocial? Ou, ainda, estaria me tornando um componente de uma construção de mundo que não havia escolhido, devendo representar a cultura, como outros antropólogos representaram o exótico, uma tribo, um passado distante, uma excentricidade curiosa e inútil? Muito além dessas posturas impostas e criadas, eu deveria, de todas as maneiras, ensinar antropologia, fazer antropologia, ser antropóloga. Se entrarmos demais nessa reflexividade existencial, não faremos mais nada. Escolhi a ação para a pesquisa apesar de todas as dúvidas em torno de uma pesquisa antropológica. Caminho arriscado e duvidoso.

Comecei então um trabalho sobre a antropologia do cuidado não somente para me posicionar como a que busca o componente cultural da saúde (como um fator entre outros), como seria naturalmente previsível, mas para pensar o cuidado como um conjunto de práticas, relacionais, evidentemente, por formas diversas de vínculo social, portador de identidade e de alteridade, preocupando-me com esse sofrimento produzido pela experiência de invisibilidade social dos cuidadores, sofrimento que se testemunha de várias maneiras. Sofrimento do não reconhecimento, em face de uma identidade problemática; sofrimento social produzido pelos políticos que privilegiam a administração das coisas e das pessoas, em vez do trabalho de mediação que representa o acompanhamento. Como as mulheres dominam majoritariamente esse campo, pensar o cuidado sob o ângulo das relações de gênero e, assim, articular, a essas relações, o vínculo social, a identidade, no contexto do espaço terapêutico.

Estive, por muito tempo, fascinada por uma observação de Edgar Morin (1976): no plano da evolução, os traços deixados pelos rituais funerários dos primeiros seres humanos foram os primeiros sinais que podemos interpretar como traços de humanidade. Aqueles que criaram os rituais funerários pensaram que o Outro morto ainda era um ser humano e mereceria atenção e cuidado, daí o ritual. O pensamento da morte introduz o pensamento da existência de um Outro possível, do Eu duplicado, do desdobramento do ser. Nascimento da representação,

do símbolo, no contexto de uma relação criada entre duas ordens de existência que se busca reunir, mas também traço de preocupação com o Outro, que se tornará a trama de minha preocupação pelo Outro, na acepção de Lévinas (1983), e não pela construção/desconstrução do Outro, de acordo com Derrida (1979). Reencontro, em vez de distanciamento, porque, nas práticas de acompanhamento, o tema do reencontro, a face próxima que perturba e faz surgir o vínculo e a responsabilidade, é o elemento que articula e que divide as relações entre identidade e alteridade.

Na primeira fase de meus trabalhos em torno das práticas de cuidado, influenciada por Foucault, passei por um caminho que chamarei de *arqueológico*. Por um trabalho sobre a etimologia, o senso comum e os conceitos próprios ao universo das práticas de cuidado; por um trabalho etno-histórico, hermenêutico e comparativo sobre as práticas de cuidado familiares na França e em Quebec; pela escuta e pela observação de diversas práticas de acompanhamento e de cuidado – não profissionais e pluriprofissionais–; por uma reaproximação das preocupações de certas feministas anglo-saxônicas (WOOD, 1994; FINCH; GROVES, 1983; TRONTO, 1989) que desenvolvem a análise do *caregiving* (oferecer cuidado) no contexto neoliberal criticando a delegação de responsabilidade de cuidados (vida-morte) por parte do Estado à comunidade (mulheres, famílias) e contribuindo para situar os cuidados no contexto da teoria da reprodução. Elas desmascaram o coletivismo sob a ideologia do *tudo para a comunidade*.

Defini então, provisoriamente, cuidados como um conjunto de práticas de acompanhamento do corpo-alma nas situações de fragilidade em uma relação de interdependência. Práticas concretas, técnicas, simbólicas, enraizadas na memória e no mundo social. Surge então uma nova questão: como pensar a dependência hoje? Por que ela se torna problema ao vivermos no reino da autonomia, do sujeito que se autodetermina e se constrói, do individualismo e da fragmentação? Toda a sociedade é confrontada com a dependência, mas a dependência torna-se o fantasma que assombra a fantasia da imortalidade, da modernidade avançada. Como a morte, ela permanece, no entanto, até hoje,

inevitável, a menos que o jogo do ciborgue⁴ vença a busca pela erradicação de qualquer doença e diferença. Permita-me colocar isso em dúvida.

Com essa disposição, quis desenvolver uma *arqueologia dos cuidados*: descobrir e reconhecer as práticas de cuidados (ou de manutenção da vida, conforme denominação de Collière, 1982) sobre as famílias do Quebec antes dos programas de acesso universais que fizeram, da saúde, um direito e uma riqueza coletiva (seguro-saúde e seguro-hospitalar). Parti de uma hipótese: em antropologia, insiste-se nos rituais públicos e codificados. Quis compreender os microrrituais elaborados no cotidiano dos grupos domésticos conduzidos principalmente pelas mulheres.

No curso de um longo trabalho, em colaboração com Françoise Loux (1997), percorri um universo de fios de lã enrolados no punho para que o *mal não entre no corpo*; de teias de aranha inseridas nas feridas para coagular o sangue; das plantas e dos gestos que transmitem o calor e o cuidado com Outro e o trabalho de reprodução. Encontrei também um mundo de correspondências herdadas do pensamento pré-moderno descrito por Foucault em *As palavras e as coisas*. Mundo de inúmeros pequenos detalhes que não se deixam decodificar de modo tão fácil, mas de diversas maneiras de se falar da busca de coesão, de vínculo, de sentido nas circunstâncias mais comuns e difíceis da vida, dessa forma, então, indo além da procura de estabelecer as relações entre os níveis do real (natura/sobrenatural), ou entre os grupos sociais, ou até entre o corpo e suas partes e suas relações com o meio ambiente.

Essas questões tornaram possível refletir sobre o simbólico, o corpo, o vínculo social, a reprodução, as relações entre os sexos, a doação, o Outro e a preocupação com o Outro, segundo Lévinas (1983). Contudo, talvez o mais importante não tenha sido explicitar esse universo simbólico, mas situar seu lugar de inserção, sua posição no itinerário terapêutico. A partir de então, trata-se de passar ao campo antropológico propriamente dito ao compreender que as mulheres, no âmbito dos grupos domésticos, elaboram práticas e universos simbólicos que são os cuidados cotidianos

⁴ N.T.: jogo do ciborgue é um jogo *on-line* no qual, ao assumir a identidade do ciborgue, o jogador elimina todos seus inimigos.

na perspectiva da manutenção da vida e da continuidade do trabalho de reprodução, dando assim as primeiras respostas que influenciam, de alguma maneira, o itinerário terapêutico (SAILLANT, 1999).

3. A alteridade no cuidado

Nessas trilhas, procurei desenvolver uma antropologia para compreender as práticas de cuidado como relação social, como construção cultural, como forma de vínculo social, como conjunto de comportamentos ritualizados e de gestos portadores de símbolos, mostrando que proporcionar cuidados é fabricar um vínculo com o Outro, exatamente no momento em que esse vínculo é rompido ou está em vias de o ser. Uma antropologia do cuidado não é nada mais que uma antropologia da relação e dos vínculos que são estabelecidos. Contudo, as práticas de cuidados não poderiam estar desconectadas das relações sociais das quais elas mesmas são o produto ou que as inibem da expressão: relação profanos/*experts*, relações de gênero, relações entre gestores e as populações vulneráveis que eles acompanham (na prevenção, por exemplo). Tal abordagem do cuidado se distancia da medicina e da antropologia que podemos denominar aqui de médica.

Acompanhei cuidadores no Quebec, cujas práticas abarcam, do acompanhamento cotidiano de pessoas próximas, adultos ou crianças, por meio de cuidados familiares ou comunitários, a outras práticas mais correntes, muito reveladoras: aquelas que guiam a alma dos mortos, da beira do leito do doente, até o necrotério, lembrando que aí há cuidados a serem empreendidos; cuidados que não foram suficientes, como os cuidadores abraçando fortemente os doentes de Aids afirmando que não se poderia deixar essas pessoas “sem contato”, “sem vínculos”, que “não seria humano”, que “isso não era cuidar”, em uma época na qual os profissionais de saúde temiam a infecção; práticas de cuidadores de uma pessoa, de quem eles cuidaram após uma longa agonia, os quais assistem aos serviços funerários para reencontrar a família e os enlutados; aquelas dos cuidadores que criam rituais onde eles não existem.

Em uma casa de cuidados paliativos quebequense, por exemplo, fabricaram uma mortalha de linho, relembando a tradição de Quebec da vestimenta de linho, envolvendo com ela o corpo da pessoa que acabava de perder a vida, evitando assim um vazio de cuidados entre o fim da agonia e o necrotério, como também o vazio referente aos elos entre os ascendentes, os descendentes e o morto. A cada vez, constato não a dualidade cuidador/doente, mas a tessitura ativa de um vínculo que, em alguma medida, dá prosseguimento ao trabalho feminino de manutenção da vida, de reprodução, ponto de encontro entre a vida frágil, inacabada, lugar sem identidade (*non-lieu identitaire*), espaço de tensões vida/morte, e a produção, o mundo dos objetos materiais e virtuais. Pelo tipo de relações que privilegiamos, cria-se um tipo de vínculo característico do *acompanhamento*, uma categoria pouco explicitada na teoria antropológica.

Sobre outros contextos que não o Quebec, tomemos o Brasil, onde as práticas de cuidado são múltiplas e polissêmicas, cobrindo assim diversos níveis da realidade. Por exemplo, Teresa, Mãe de Santo na religião umbandista de Belém, Pará (Amazônia). Toda segunda-feira à noite, ela chama os espíritos caboclos, trabalhando e dialogando com eles, acompanhada por seus filhos biológicos e por seus filhos espirituais. Ela é também avó, mãe, esposa de um homem que “perdeu o espírito”. Ajuda seus netos, que vivem com ela e com duas de suas filhas, assim como ajuda pessoas extremamente carentes que vivem na baixada (favela) onde ela também vive. Para os mais pobres, ela oferece cursos, dá comida; às jovens mães, dá conselhos sem exigir pagamento. Ela benze suas crianças e reza por elas. Teresa não é somente a oficiante de um ritual público que vários antropólogos descreveram. Ela é “aquela que ajuda”, que dá e que acompanha, entre o privado e o público, unindo o sagrado e o profano, o trabalho simbólico de ajuda comunitária, enredando sua própria vida como sujeito feminino destinado à ajuda e aos cuidados domésticos. Ajuda os outros, seus vizinhos, mas também seus filhos e filhas espirituais vindos/as de outras favelas para consultas.

As relações são numerosas e, por vezes, acumulam-se. Experimentam o tipo de vínculo buscado: desejo de proximidade, de inclusão e de

conexão por uma prática constante de atenção ao Outro, no aqui e no além.⁵ A tensão vida/morte, essa paixão de vida que anima essas pessoas, sobretudo, mulheres, faz com que, não por acaso, seja possível ouvir delas: “se nós não o fizermos, ninguém o fará”, tradução de um princípio de responsabilidade, de uma ética do cuidado cotidiano. Essa frase também será encontrada nas favelas brasileiras e nas mulheres do Quebec chamadas *ajudantes naturels*⁶ e, finalmente, em todos os lugares em que existam aquelas que trabalham todos os dias fazendo vínculos e dando sentido, lá aonde muitos outros não vão. É necessário, portanto, questionar sobre a parcela das mulheres envolvidas no cuidado (SAILLANT, 1991; 1992); sobre os vínculos que elas estabelecem entre a vida e a morte, vínculos que elas buscam criar e manter, independentemente de sua maternidade ou da ausência dela. Nesse contexto, as mulheres cuidadoras não são objetos nem alienadas. Elas são sujeitos ativos, criadoras e recriadoras constantes de vínculos entre diversas realidades (vida-morte, material-espiritual), entre diversos grupos (domésticos ou comunitários). O problema da invisibilidade de seu trabalho, como a de todos que ocupam estruturalmente essa posição, é caracterizado informalmente como *cuidado de saúde*, caráter bem codificado de cuidados profissionais das instituições fortemente hierarquizadas profissionalmente, sobretudo, pela gratuidade esperada do trabalho informal e familiar desses cuidados, a qual permite diminuir uma parte importante do gasto público dos governos e das políticas neoliberais em saúde.

⁵ Evidentemente, esses três termos – proximidade, inclusão, conexão – parecem discutir todas as dimensões do trabalho, igualmente importantes, dessas curadoras: competição entre várias religiões e práticas de bruxaria, que se excluem por definição. Não se trata de diminuir as dimensões dessas práticas, mas, acima de tudo, de enfatizar o que está relacionado com outras experiências do cuidado na sociedade em geral, como, por exemplo, os cuidados em domicílio.

⁶ A expressão *ajudantes naturels* é contestada pelos movimentos feministas porque contribuiria para uma naturalização do trabalho das mulheres como cuidadoras. Eu a utilizo assim porque é como ela me foi apresentada, o que é revelador sob o plano ideológico, mas partilho dessa crítica sobre essa designação que é imposta a essas mulheres.

Já afirmei antes e torno a repetir: os cuidados informais estão para o sistema de saúde como o trabalho doméstico está para a economia do mercado (SAILLANT, 1991; 1992): essencial, porém, invisível, banalizado, sem valor. Além do mais, o valor de mercado que se atribuiria a esse trabalho não teria preço, pois a identidade do cuidador está relacionada à identidade do Outro. Os cuidados são, antes de tudo, uma prática relacional, que se desdobra somente em uma relação social que produz formas de vínculos criadoras de identidade entre dois indivíduos ou grupos de indivíduos. É nesse encontro que uma parte da invisibilidade social se constrói. Todas as práticas de acompanhamento entram um pouco nesse jogo de identidade no qual esta pode apenas passar por esse espaço relacional e sustentar uma forma de invisibilidade. Ela é de nível marginal, criado na própria relação, sem a interferência de terceiros. Sem esse nível marginal, ela não pode ser realizada. Ela só pode ser invisível, dificilmente apreendida, por ser fugidia, marcada pelo tempo de encontro; sem começo nem fim porque está inscrita na circularidade do que deve ser vivido e, talvez, ser dado. A questão do dom (da doação) e da circulação do dom, no âmbito dos cuidados, é muito complexa, difícil de apreender e de ser aprofundada, particularmente, quando o dom não é de ordem material, mas temporal, remetendo à própria vida ou ao sagrado.

Trata-se, portanto, de uma identidade paradoxal, na qual o sujeito, para aparecer, para ser nomeado, para existir, tem essa preocupação com os mais fracos, atados a uma ética de alteridade. Essas observações são particularmente exemplificadas pelas cuidadoras anteriormente citadas, aquelas que têm a responsabilidade final pelas pessoas próximas. Imaginemos os cuidados paliativos, os cuidados nos campos de refugiados após uma guerra, os cuidados com crianças em situação de fome; imaginemos a reunião de três curandeiras brasileiras (uma benzedeira, uma parteira, uma mãe de santo) associando excepcionalmente seus dons para ajudar uma mulher com câncer na passagem de sua morte. Deve-se perguntar como as mulheres se encontram tão frequentemente no posto de cuidadoras finais (a última pessoa responsável pelo outro, às vezes, tendo um vínculo de parentesco com o doente, às vezes, não), doando-se

por intermédio dos cuidados como sujeitos, sem que isso acarrete nenhuma contrapartida para elas, sem qualquer troca ou contradom. A resposta encontra-se talvez no vínculo que elas conseguem criar no momento em que o doente não pode mais criar vínculo algum: porque não existe mais ninguém para tratá-lo, porque sua condição física ou psicológica não lhe permite mais formular uma demanda, ou ainda por outras razões. É necessário, portanto, restabelecer um elo entre a pessoa em tratamento no mundo, outros mundos e outras pessoas, mantendo assim um elo de vida, associando cuidador/a e doente. Estamos então nos abrindo a genealogias imaginárias, isto é, a uma forma de (re)criação na situação de cuidado? Nós nos permitimos pensar assim.

Conclusão

Durante todos esses anos em que me dediquei a fazer antropologia alhures e em um contexto de pluralismo teórico, busquei tornar visíveis os cuidados informais como um conjunto de práticas essenciais para a reprodução e como forma de vínculo social (SAILLANT; GAGNON, 1999), mas que tendem, apesar de seu caráter essencial e de sua importância em uma sociedade levada à fragmentação, à virtualidade, à ruptura, a serem excluídos ou subestimados do campo social (GAGNON; SAILLANT; MONTGOMERY, 2000). Meu trabalho de antropóloga desenvolveu-se até agora na busca de identidade, de visibilidade, de reconhecimento de um grupo social: os cuidadores e as cuidadoras profissionais e não profissionais, daqui ou de outro lugar, que procuram um lugar como reparadores/as de existência.

Coloquei, assim, a antropologia em um contexto diferente com base em uma prática, em uma postura desconfortável e em uma forma interdisciplinar radical entre o científico e o profissional, entre o mundo acadêmico e a sociedade civil, como um discurso sobre o Outro e sobre o Outro *at home*, que cuida de Outro pelo vínculo e pela reverberação desse vínculo. Gostaria de falar da reflexividade que me orientou na compreensão dessa busca daqueles e daquelas que estão com Outros, os fabricantes de humanidade. Talvez isso tenha acarretado minha rejeição

à deriva pós-modernista em sua versão anticonvencional, em sua crítica paranoica e inibidora, mas aceitando o risco de sua escrita e de sua intertextualidade poética. Por um novo humanismo em antropologia? Talvez.

Pablo Neruda, poeta e diplomata, intitulou seu poema, um dos maiores poemas épicos contemporâneos, de *O canto geral*, pois este mundo não é apenas um mundo de estratégias e de posições vigilantes, como também não é um conjunto infinito de identidades impenetráveis das quais nada se pode dizer: ele é também expressão de cantos, de vozes, de gestos, de existências, de vínculos, de solidariedades. Na diversidade, há ainda esse fato inegável da busca por criar alguma coisa que nos seja universal porque, sem essa condição do universal, não há mais condição humana. É justamente a condição do comum que procuramos, sob todas suas formas, sob todas as suas expressões, as mais duras e as mais belas.

Referências

ALISON, Jagar; BORDO, Susan. *Gender/body/knowledge: feminist reconstructions of being and knowing*. New Brunswick: Rutgers University Press, 1989.

BARÉ, Jean-François. Déconstruire le postmodernisme. *L'homme*, v. 39, n. 151, p. 267-276, 1999.

BOURDIEU, Pierre. *Le sens pratique*. Paris: Éditions de Minuit, 1980.

CARPENTIER-ROY, Marie Claire. *Corps et âme: psychopathologie du travail infirmier*. Montréal: Liber, 1991.

COLLIÈRE, Marie Françoise. *Promouvoir la vie*. Paris: Inter Éditions, 1982.

DERRIDA Jack. *L'écriture et la différence*. Paris: Seuil, 1979.

DICKENS, David; FONTANA Andrea. *Postmodernism and social inquiry*. New York: Gilford Press, 1994.

FINCH, Janet; GROVES, Dulce (dir.). *A labor of love: women, work and caring*. Londres: Routledge et Kegan Paul, 1983.

- FOUCAULT, Michel. *L'archéologie du savoir*. Paris: Gallimard, 1969.
- GAGNON, Éric; SAILLANT, Francine; MONTGOMERY, Cathérine. *Pratiques de soins, figures du lien: étude sur les services intermédiaires dans l'aide et les soins à domicile au Québec*. Côte-des-Neiges: Université Laval et Université McGill, Centre de recherche sur les services communautaires et Centre de recherche et de formation du CLSC, 2000.
- GIDDENS, Anthony. *The constitution of society: outline of the theory of structuration*. Berkeley: University of California Press, 1986.
- GIDDENS, Anthony. *The consequences of modernity*. Stanford: Stanford University Press, 1990.
- HABERMAS, Jurgen. *Logique des sciences sociales et autres essais*. Paris: Presses Universitaires de France, 1987.
- HASTRUP, Kirsten. *A passage to anthropology: between experience and theory*. Londres: Routledge, 1995.
- KILANI, Monther. *Introduction à l'anthropologie*. Lausanne: Payot, 1989.
- KILANI, Monther. *L'invention de l'autre: essais sur le discours anthropologique*. Lausanne: Payot, 1994.
- LAPLANTINE, François. *Je, nous et les autres: être humain au-delà des apparences*. Paris: Le-Pommier-Fayard, 1999.
- LATOUR, Bruno. *Le métier de chercheur: regard d'un anthropologue*. Paris: INRA, 1995.
- LEACHE, Ronald. *L'unité de l'homme*. Paris: Gallimard, 1980.
- LÉVINAS, Emanuel. *Le temps et l'autre*. Paris: Presses Universitaires de France, 1983.
- LÉVI-STRAUSS, Claude. *L'homme nu*. Paris: Plon, 1971.
- LOUX, Françoise. Les pratiques thérapeutiques françaises et leurs éléments rituels et symboliques. In: BOUCHARD, Gérard; SEGALIN, Martine (Dir.). *Rites et symboles en France et au Québec*. Paris: La Découverte, 1997. p. 59-74.
- MARCUS, Georges E.; FISCHER, Michael J. *Anthropology as cultural critique: an experimental moment in the human sciences*. Chicago: University of Chicago Press, 1999.

- MORIN, Edgar. *L'homme et la mort*. Paris: Seuil, 1976.
- ORTNER, Sherry B. (dir.). *The fate of culture*. Berkeley: University of California Press, 1997.
- PIAGET, Jean. *L'épistémologie génétique*. Paris: Presses Universitaires de France, 1972.
- RICŒUR, Paul. *The conflict of interpretations: essays in hermeneutics*. Evanston: Northwestern University Press 1974.
- SAILLANT, Francine. Les soins en péril: entre la nécessité et l'exclusion. *Recherches Féministes*, v. 1, n. 4, p. 11-30, 1991.
- SAILLANT, Francine. La part des femmes dans les soins de santé. *Revue Internationale d'Action Communautaire*, n. 28, p. 95-106, 1992.
- SAILLANT, Francine. Les pratiques thérapeutiques québécoises et leurs éléments rituels et symboliques dans la première moitié du vingtième siècle. In: BOUCHARD, Gérard; SEGALÉN, Martine (dir.). *Rites et symboles en France et au Québec*. Paris, La Découverte, 1997. p. 36-58.
- SAILLANT, Francine. Femmes, soins domestiques et espace thérapeutique. *Anthropologie et Sociétés*, v. 2, n. 23, p. 15-40, 1999.
- SAILLANT, Francine; GAGNON, Éric. Présentation: vers une anthropologie des soins. *Anthropologie et Sociétés*, v. 23, n. 2, p. 5-14, 1999.
- TAYLOR, Charles. *Le malaise de la modernité*. Paris: Cerf, 1994.
- TAYLOR, Charles. *Les sources du moi: la formation de l'identité moderne*. Montréal: Boréal, 1998.
- TRONTO, Joan C. Women and caring: what can feminists learn about morality from caring? In: JAGGAR, Allison M.; BORDO, Susan R. (dir.). *Gender, body, knowledge: feminists reconstructions of being and knowing*. New Brunswick: Rutgers University Press, 1989. p.172-187.
- TURNER, Victor. W. *Le phénomène rituel: structure et contre-structure*. Paris: Presses Universitaires de France, 1990.
- WAUGH, Patricia (dir.). *Postmodernism: a reader*. Londres: Routledge, 1992.
- WOOD, Julia T. *Who cares?: women, care and culture*. Carbondale: Southern Illinois University Press, 1994.



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.





4


Capítulo 4

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

Fernanda Vecchi Alzuguir

1. Introdução

A experiência em pesquisa e em docência na área de ciências sociais e humanas tem suscitado reflexões sobre os desafios epistemológicos de ensinar o olhar socioantropológico para discentes de graduação e de pós-graduação da saúde coletiva. Por olhar socioantropológico,



refiro-me a uma perspectiva de compreensão da dinâmica e da complexidade da vida social e, no caso da área da saúde coletiva em particular, dos processos de saúde e de doença, o que implica reposicionamento analítico diante desses processos. Mais do que um aprendizado crítico de conteúdos pertinentes à compreensão da vida em sociedade, por si só, um desafio, trata-se da sensibilização para um modo de olhar e de interpretar a vida social, que significa uma desestabilização constante de concepções universalizantes e naturalizadas sobre corpo, saúde e doença com base na contextualização da complexa trama que enreda diferentes marcadores sociais em situações específicas (como gênero, sexualidade, classe social, raça/etnia, ciclos de vida), considerando as lógicas e as mudanças espaço-temporais que conformam realidades, trajetórias e vivências distintas entre grupos sociais diversos.

De forma semelhante, é possível arriscar um paralelo com a argumentação de Barreira (2014), que chama a atenção para os desafios implicados no ensino do modo de pensar sociológico a alunos do ensino médio. Neste caso, a autora reflete sobre os questionamentos iniciais por parte dos alunos acerca da utilidade do aprendizado da sociologia, sintetizada na expressão *para que serve*, uma vez que não seguirão, necessariamente, a carreira profissional como cientistas sociais, evidenciando, assim, o pragmatismo que domina as escolhas vocacionais.

Desse modo, Barreira afirma que o desafio pedagógico supõe

a tarefa de instrumentalizar os alunos com categorias analíticas e maneiras de observar o que é designado como "realidade social", de modo diferente daquele utilizado costumeiramente para explicar o mundo e nele se situar. (BARREIRA, 2014, p. 66).

Em outras palavras, trata-se de sensibilizar para o modo sociológico de pensar, o qual se baseia no “uso de conceitos como ferramenta de interpretação e ruptura com as formas previamente construídas de explicação acerca do funcionamento da vida social” (BARREIRA, 2014, p. 66).

A articulação desse olhar com os modos de produção do conhecimento científico nos níveis do ensino e da pesquisa é uma das preocupações centrais que perpassam o ensino de disciplinas voltadas à problematização das condições sociais de produção de saberes e de práticas científicas na área da saúde coletiva.¹ Essa preocupação implica a adoção de algumas posições teórico-metodológicas que, na condição de docente-pesquisadora, penso que devem ser reconhecidas por aqueles que estão ingressando no aprendizado sobre metodologia qualitativa de pesquisa e que não estão, de modo algum, restritas ao campo da saúde.

Neste ensaio, pretendo elucidar tais posicionamentos com a apresentação dos dilemas, das vicissitudes e das reconfigurações do campo de investigação no decorrer do percurso da etnografia que realizei em uma instituição pública de saúde mental voltada ao tratamento do alcoolismo para homens e mulheres alcoólatras.² O intuito é mostrar – por intermédio da apresentação de algumas situações etnográficas – como o objeto e o campo de estudo estão abertos e passíveis de reconfigurações conforme a qualidade das relações construídas entre a pesquisadora e os informantes da investigação e a disponibilidade dos pesquisadores em se aventurarem e se surpreenderem com os imponderáveis do campo.

Entre os referenciais teóricos, parto da perspectiva de autoras dos estudos sociais da ciência que, munidas da crítica a qualquer pretensão de inocência e de imparcialidade do/a pesquisador/a em relação aos saberes e às práticas que se produzem no fazer científico, assumem a parcialidade de suas perspectivas e a qualidade de uma objetividade compromissada. Este posicionamento implica considerar que o conhecimento que produzimos e, com base no qual, somos também produzidos,

¹ Como, por exemplo, as disciplinas ciência e saúde coletiva e metodologia qualitativa de investigação social em saúde para graduandos em saúde coletiva, que ministro no curso de graduação em saúde coletiva do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

² Por *alcoólatras*, refiro-me aos homens e às mulheres que realizam tratamento em instituições de enfrentamento do alcoolismo. Pretendo, assim, chamar a atenção para a consolidação de uma identidade (a da pessoa que é acometida pela doença-alcoolismo) no percurso por aquelas instituições.

é inevitavelmente situado ou localizado (HARAWAY, 1995). Ademais, como concebe Jasanoff (2004), trata-se de reconhecer que os modos pelos quais tomamos conhecimento do mundo estão afetados pelas maneiras como escolhemos viver nesse mundo (ROHDEN, 2012).

Com a apresentação dos percalços do fazer etnográfico, descrevo a maneira como as escolhas e o próprio itinerário da pesquisa de campo, longe de serem predeterminados segundo um plano racional fechado e estático, são intimamente afetados e reconfigurados de acordo com a qualidade e a complexidade dos encontros e das relações estabelecidos no campo. Tais reconfigurações, no entanto, não são, de modo algum, espontâneas e auto evidentes nem carentes de rigor e de objetividade metodológicas. Como parte importante do próprio arsenal teórico-metodológico, elas exigem, sobretudo, trabalho minucioso e artesanal por parte do/a pesquisador/a e disponibilidade para se surpreender, reconhecer e se reposicionar diante dos imprevistos e dos afetos acionados nos (des)encontros com os informantes da pesquisa.

2. A carreira moral e a pesquisa etnográfica na Unidade de Alcoolismo: definindo o objeto e o referencial de análise

Antes de me deter nos percalços do itinerário de pesquisa, cabe uma contextualização mais geral dos interesses que motivaram a pesquisa e suas condições de emergência. Aqui, a investigação foi realizada no âmbito do meu doutoramento em saúde coletiva,³ e teve, como objetivo geral, analisar a carreira moral de homens e de mulheres alcohólatras em um serviço público de tratamento do alcoolismo situado em município do Rio de Janeiro, que denominei Unidade de Alcoolismo.⁴

³ Doutorado realizado no Instituto de Medicina Social da UERJ no período de 2006 a 2010, sob orientação da professora Fabíola Rohden. O contexto da pesquisa de campo sobre a qual tecerei aqui algumas considerações pode ser acessado na íntegra na tese (ALZUGUIR, 2010).

⁴ Denominei *Hospital Psiquiátrico* a instituição onde a Unidade de Alcoolismo está inserida.

Além disso, busquei verificar, comparativamente, sua repercussão na perspectiva da construção das diferenças e das semelhanças de gênero. Para tanto, realizei uma etnografia que contemplou a observação participante da vida institucional, além de entrevistas semi estruturadas com 20 pacientes em tratamento na instituição, no período de agosto de 2007 a abril de 2008, dos quais, dez homens e dez mulheres em tratamento ambulatorial e/ou internados.

A faixa etária dos informantes variou entre 42 a 71 anos, com grande concentração na faixa dos 50 a 55 anos. O tipo de inserção no tratamento foi o critério principal de escolha dos informantes, de maneira que procurei, na medida do possível, abarcar variadas inserções (considerando diferentes tempos e modalidades de tratamento). Assim, sete homens e seis mulheres realizavam apenas acompanhamento ambulatorial no momento da entrevista, enquanto três homens e quatro mulheres estavam internados na Unidade de Alcoolismo. O menor número de informantes internados (sete) em comparação àqueles que se encontravam apenas em regime ambulatorial (13) se explica pela maior dificuldade de selecionar entrevistados no espaço das enfermarias da Unidade de Alcoolismo, questão que será analisada adiante.

No estudo, não foi delineado, de antemão, um segmento social específico. Foram entrevistados membros das camadas populares e médias urbanas. Observei que determinados aspectos de suas trajetórias acentuavam a interpenetração de valores e de crenças distintas do grupo social de origem, como é o caso das mudanças socioeconômicas e migratórias, e o encontro com os serviços de saúde. O ingresso nessas instituições favorece a assimilação do discurso médico-psicológico, cuja construção se pauta nos valores e nas crenças das camadas médias urbanas.

Para a delimitação do objeto da pesquisa no doutorado, contribuiu de maneira decisiva o conhecimento prévio do serviço graças à minha atuação como residente de saúde mental e, posteriormente, como pesquisadora no mestrado. Essa participação anterior viabilizou considerar a carreira moral e o gênero como duas dimensões analíticas significativas para a compreensão das concepções e dos agenciamentos das pessoas em tratamento a respeito do álcool e do alcoolismo.

No âmbito do mestrado, ao analisar os discursos sobre o alcoolismo das mulheres em tratamento na referida unidade, constatei o papel estrutural das relações sociais de gênero na construção de suas narrativas não apenas em relação ao alcoolismo, como também no tocante às várias esferas de suas vidas, como maternidade, relação com o parceiro e o cotidiano do trabalho. Entre as questões que chamaram minha atenção, o recurso recorrente da desculpabilização pelo não cumprimento de expectativas sociais de gênero mediante apoio na noção de que o alcoolismo é uma doença, cuja determinação independe da vontade e do controle das mulheres. A necessidade de justificar um estilo de beber não condizente com normas e com prescrições sociais estabelecidas para o feminino (como o beber intensamente nos bares quando desacompanhadas) foi interpretada, assim, como uma das expressões da construção de gênero sobre os agenciamentos em relação ao alcoolismo e ao beber feminino. No entanto, aquelas relações e suas articulações com a bebida foram analisadas do ponto de vista de mulheres.

A pesquisa de doutorado pretendeu, então, aprofundar a investigação no campo das relações de gênero e do álcool mediante a inclusão dos homens, a fim de efetuar uma análise comparativa entre homens e mulheres alcoólatras e obter, assim, uma apreensão mais vasta e profunda do campo. No mestrado, também constatei um padrão discursivo até então imprevisível, qual seja, o de que a passagem pelas instituições de enfrentamento do alcoolismo produz um efeito de reordenamento dos sentidos a respeito da trajetória alcoólica, da construção da identidade alcoólatra, do alcoolismo e da construção das diferenças e das semelhanças entre homens e mulheres alcoólatras. Essa constatação condiz com a análise da antropóloga Sylvie Fainzang (1998; 2003; 2007) sobre uma associação francesa de ex-bebedores denominada *Vie Libre*. A pesquisadora constatou a especificidade das representações e das formas de agenciamento do alcoolismo por parte de membros daquela associação. Dessa forma, ela diferencia sua análise dos estudos sobre as maneiras de beber, delineando, assim, a particularidade em relação às crenças, às concepções e às práticas de um sistema cultural que se constrói em torno da abstinência como valor.

Aliados aos trabalhos de Fainzang e da literatura na área das ciências sociais sobre o sistema de representações e de práticas das instituições de combate ao alcoolismo e de seus participantes, destaco também os estudos de Antze (1987), de Campos (2004; 2005), de Drulhe (1988), de Garcia (2003; 2004), de Mariz (1994a; 1994b; 2003) e de Soares (1999). A despeito dos distintos enfoques de cada um, esses autores abordam o papel das associações de enfrentamento do alcoolismo na reconstrução do passado com a bebida e na conseqüente produção de uma identidade alcoólica, cujos significados irão variar conforme o sistema de crenças de cada instituição.

Com essa breve contextualização, ressalto que não só o itinerário de pesquisa foi delimitado com base em minha atuação no campo, como também os referenciais de análise das relações institucionais e dos depoimentos nas entrevistas. Entre eles, destaco o conceito de *carreira moral*, definido por Goffman (1996) como a seqüência de mudanças que produz efeitos na identidade e no esquema de imagens para julgar os outros e a si mesmo. Essa noção reflete a premissa de que o percurso por instituições totais⁵ – como é o caso da Unidade de Alcoolismo – exerce influência significativa na reconstrução da pessoa – mediante sua redefinição como alcoólatra – e do alcoolismo, por meio de sua reinscrição sob a linguagem da doença.

Assim, a escolha da carreira moral como uma espécie de lente de interpretação da vida social no contexto do tratamento do alcoolismo decorreu de uma importante constatação oriunda das entrevistas com as mulheres na pesquisa de mestrado: a de que, quanto maior o tempo de tratamento, maior a tendência ao estabelecimento de uma relação de equivalência entre alcoolismo e doença. Diferentemente, quanto mais recente o ingresso no circuito de tratamento, menos consolidada se apresentava essa relação. Assim, para os informantes recém-ingressos no tratamento, o alcoolismo era uma perturbação que não sabiam

⁵ O aspecto central da instituição total é a ruptura de barreiras que separam o dormir, o brincar e o trabalhar, de modo que todos os aspectos da vida são realizados sob um plano racional único (GOFFMAN, 1996).

ainda definir e compreender bem, a exemplo do depoimento de uma entrevistada que o definiu como uma “crise de outro planeta”.

Outro aspecto importante verificado a respeito da carreira moral do alcoolismo foi a forte penetração da doutrina do conhecido grupo de ajuda mútua Alcoólicos Anônimos (AA), sobretudo, entre aqueles entrevistados com um engajamento de longa data no AA.⁶ Tal influência parecia resistir à passagem por serviços que abordavam a questão do alcoolismo por outro prisma, como é o caso da Unidade de Alcoolismo que, diferentemente do AA, concebia a estratégia da redução de danos⁷ como uma possibilidade ao lado da abstinência. No entanto, alguns informantes distinguiram claramente os objetivos de ambas as instituições. Para um entrevistado com inserção simultânea e de longa data no AA, por exemplo, enquanto o AA trabalha em um nível empírico ou de observação, a Unidade de Alcoolismo é formada por profissionais de saúde que trabalham nos campos científico, psicanalítico ou terapêutico.

Argumento que as relações construídas durante os deslocamentos entre os diferentes espaços institucionais foram condição para a análise, ao mesmo tempo aprofundada e abrangente, do impacto da carreira moral de tratamento. Considero que tal entendimento ficaria comprometido caso se centrasse unicamente na análise do conteúdo das entrevistas, sem a contextualização fornecida pela observação participante nos diferentes espaços da Unidade de Alcoolismo.

Com base em situações etnográficas, primeiramente, aquelas relacionadas às hesitações e às surpresas quanto à definição de uma apresentação de si no campo e, posteriormente, as situações que evidenciavam a configuração da vergonha no contexto do tratamento, pretendendo demonstrar que estar no campo é ser desafiado, a todo instante,

⁶ Na pesquisa, considerei inserção de longa data o corte temporal de, no mínimo, dois anos de tratamento.

⁷ A estratégia de redução de danos se refere a uma política de saúde reconhecida pelo Ministério da Saúde que visa a minimizar os efeitos negativos decorrentes do uso de drogas lícitas e ilícitas. Na Unidade do Alcoolismo, tal estratégia se colocava para alguns pacientes com dificuldade de interromper o consumo alcoólico. Visava a diminuir prejuízos à saúde em razão do consumo alcoólico.

a rever nossos pressupostos e a aprender com eles. O fazer etnográfico demanda, portanto, disponibilidade particular para conseguir enxergar as pistas que o campo oferece. Para reconhecê-las, entretanto, não basta estar lá, é preciso um tempo de imersão, para o estabelecimento de um contato verdadeiro com a cultura local (MALINOWSKI, 1980). Além dessa premissa, tão cara ao fazer etnográfico, outros modos de estar no campo foram determinantes para o enfrentamento de suas vicissitudes. São eles: o distanciamento em relação às concepções médicas e psicológicas sobre o alcoolismo e a aquisição da capacidade de se surpreender e de se afetar com os imponderáveis da vida institucional.

3. Definindo um lugar, me definindo

Primeira ruptura: a concepção biomédica sobre o alcoolismo

No âmbito do doutorado, minha (re)aproximação com o campo de pesquisa ocorreu em agosto de 2007, após autorização pelo Comitê de Ética do Hospital Psiquiátrico. O fato de a equipe e as pacientes mais antigas do serviço me conhecerem, devido à minha participação anterior na unidade, contribuiu para facilitar meu acesso aos espaços institucionais formais e informais.

Por *espaços formais* refiro-me aos espaços oficiais de tratamento, com dia e horário regular de funcionamento e rotina preestabelecida, a exemplo das terapias de grupo e das enfermarias feminina e masculina. Por *espaços informais* refiro-me às relações que se desenrolavam fora dos referidos espaços oficiais, como a interação entre pacientes e profissionais nos intervalos das atividades e a socialização dos pacientes entre si, no dia a dia do serviço.

A unidade funcionava em duas modalidades de assistência: ambulatório (atendimentos individuais e em grupo) e internação. O serviço estava localizado no segundo e no terceiro andares de um dos prédios do Hospital Psiquiátrico. No segundo andar, funcionava o Ambulatório de Alcoolismo e, no terceiro, as enfermarias feminina e masculina,

espaços contíguos, apenas separados por um posto de enfermagem e por uma sala de convivência. A admissão na Unidade de Alcoolismo podia se iniciar com a internação – mais frequente – ou com o ingresso no Ambulatório de Alcoolismo. A internação nas enfermarias tinha como objetivo principal a desintoxicação alcoólica.

A proposta inicial era estar na unidade o dia inteiro,⁸ observar e vivenciar os acontecimentos cotidianos; inicialmente, de forma mais exploratória, para que, aos poucos, as relações no serviço – que me pareceram, a princípio, tão pouco familiares a despeito de minha inserção anterior – pudessem adquirir forma, contorno e, então, fornecer as pistas necessárias à montagem do meu próprio itinerário de pesquisa pela unidade. Assim, antes de fechar o planejamento das entrevistas, valorizei a observação do cotidiano, por acreditar que sua compreensão ajudaria não apenas na construção de elos de sentido entre os fragmentos daquele universo, mas também no aprimoramento da montagem do roteiro da entrevista, da seleção dos informantes e também de minha própria atuação como entrevistadora.

Esse ingresso no campo, contudo, não implicou aleatoriedade no processo de investigação. De acordo com Mintz (1984, p. 49), o empreendimento etnográfico deve se voltar para um objetivo relacional, uma investigação dirigida tão logo relações sejam discernidas. Cabia então, desde outro lugar, o de pesquisadora, perceber a configuração dessas relações, o que demandou tempo de imersão no campo.

Desse modo, o itinerário de pesquisa e, com ele, o próprio campo, foram se configurando gradativamente por meio de hesitações, de recuos e de surpresas, os quais, por sua vez, permitiram vários reajustes do meu olhar em relação à investigação. A despeito do período de quatro anos que separava minha participação como residente no serviço, uma espécie de auto vigilância constante me foi fundamental para levar a sério a necessidade de estranhar um ambiente que outrora me foi familiar

⁸ Havia planejado a frequência correspondente a dois dias na semana. Essa frequência variou um pouco ao longo da pesquisa de campo, uma vez que, em alguns momentos, cheguei a intensificar as idas para três dias na semana.

e rotineiro. Com isso, quero dizer que não só o itinerário de pesquisa foi sendo construído conforme caminhava pelos espaços institucionais munida de minhas observações e anotações no diário de campo, mas que este dependia de um deslocamento mais radical, de contextualização diante de formas de pensar e de agir características da atuação como profissional de saúde na área da psicologia.

Se, por um lado, a possibilidade de uma reflexão socioantropológica sobre o alcoolismo com base em questões despertadas pela atuação como psicóloga em um serviço de saúde era fascinante, por outro lado, essa aproximação prévia trouxe alguns desafios em relação aos quais era necessário enfrentamento. O primeiro, e talvez o mais importante, diz respeito à necessidade de distanciamento em relação às concepções extremamente naturalizadas sobre alcoolismo como uma patologia tanto em termos biomédicos, quanto psicológicos. O desafio era justamente fazer valer a ruptura necessária para compreender o alcoolismo com olhar socioantropológico, o que demandava, antes de mais nada, indagar sobre as condições de produção do entendimento do alcoolismo como doença. Mais ainda, perguntar de que maneira essa concepção era reapropriada pelos informantes por intermédio de sua carreira moral de tratamento considerando aspectos, como gênero e classe social.

Alguns aportes teóricos contribuíram para a contextualização em relação à concepção biomédica do alcoolismo. Entre eles, a argumentação de Fainzang (1998; 2007) em seu estudo sobre o grupo francês de ex-bebedores, no qual ela considera que o discurso nativo sobre o álcool pode consistir justamente em reter a equivalência entre alcoolismo e doença, sem significar, contudo, mera reprodução das categorias médicas. A autora considera a existência de tensões e de divergências entre a doutrina do grupo por ela analisado e a heterogeneidade das representações e das condutas de seus participantes. A observância da abstinência e a representação do alcoolismo como uma doença eram, entretanto, os pontos comuns que conciliavam os discursos individuais com a doutrina geral do movimento.

Outro aporte importante foi a noção de *perturbação físico-moral* conceituada por Duarte (1988) em sua análise sobre a representação

do *nervoso*, por parte dos membros das classes trabalhadoras urbanas, como um recurso de relativização dos reducionismos fiscalistas relacionados à representação de doença. Segundo o autor, a noção de *perturbação* traduz o esforço de relativização antropológica do fenômeno da doença, tal qual definido pela cultura ocidental moderna, ampliando o campo de análise para outras formas de experiência do sofrimento, marcadas por um modo relacional de determinação das identidades, em vez do modo individualista com base no qual a biomedicina se constituiu. Foi munida dessas noções iniciais que ingressei no campo de pesquisa, ciente de que poderiam ser reajustadas conforme as surpresas no campo.

Aprendendo com o campo

O fato de estar em uma unidade de saúde, cuja razão de existir se pautava no ideal normativo de cura ou, ao menos, na promessa de alívio do sofrimento (físico ou emocional, a depender do especialista), parecia acirrar o que encarava como uma dificuldade de manter a distinção entre, por um lado, o papel de pesquisadora e o de profissional de saúde, por outro lado. As demandas que surgiam no cotidiano mostravam o quão tênue pode ser a linha que separa os dois campos quando se trata de uma instituição de saúde. Considerando esse aspecto, minha apresentação como pesquisadora não impediu que os pacientes me identificassem, de algum modo, como psicóloga e que me chamassem de “doutora”.

A dificuldade de demarcar a apresentação como pesquisadora aos olhos dos pacientes foi flagrante nos contatos que comecei a estabelecer nas enfermarias. A opção por iniciar a observação nesses locais não foi por acaso. Justificou-se pelo pouco contato e pela pouca familiaridade com esses espaços em minha atuação anterior. Durante conversas informais e entrevistas com os internos nas enfermarias, após um período inicial marcado pela dificuldade de encontrar internos disponíveis para entrevista, alguns acontecimentos sinalizaram para o não reconhecimento do meu lugar como pesquisadora por parte dos pacientes.

No dia em que eu conheci Neiva,⁹ ela se encontrava sentada na cantina do pátio geral do hospital acompanhada por duas internas da unidade. Aproximei-me delas e comentei sobre a pesquisa. Neiva expressou prontamente seu desejo em participar. As outras duas mulheres se levantaram, para me deixar sozinha com Neiva. Esta me falou sobre sua tristeza, sentimento que associava a problemas no campo dos relacionamentos amorosos, os quais passou a detalhar, em uma atitude de desabafo. À medida que minha presença nas enfermarias se intensificava, Neiva passou a me procurar para falar de seus problemas emocionais, como separações amorosas e conflitos familiares. Na terceira conversa, Neiva me apresentou às colegas de quarto como sua “amiga”, denominação que me chamou a atenção.

Um dia, em uma sala próxima à enfermaria feminina, notei que alguns internos, homens e mulheres, estavam aguardando a vez para conversar comigo (como se fosse uma espécie de consulta psicológica). Um dos internos – a quem Neiva me apresentou como “psicóloga” – estava ansioso para falar e se dizia muito angustiado. Em situações como essas, eu esclarecia antes que não se tratava de terapia, mas de uma pesquisa que objetivava conhecer sua experiência com o álcool. Em algumas ocasiões, como no caso de Neiva, cheguei a orientar que procurassem o psicólogo da instituição. Meus esclarecimentos, contudo, não pareciam surtir efeito, como se o importante fosse conversar ou desabafar com uma “doutora”, pouco importando o objetivo alegado de estar ali.¹⁰

Essa questão apareceu nas entrevistas com alguns homens. Para ilustrar, transcrevo o diálogo com Lúcio,¹¹ quando ele narrava o tratamento de sua esposa, que já havia sido atendida no Ambulatório Geral do Hospital Psiquiátrico:

⁹ Os nomes apresentados são fictícios em respeito à preservação do anonimato. Neiva, 44 anos, internada no momento da entrevista, inserção de longa data na Unidade de Alcoolismo.

¹⁰ Episódios como esse também atestam a carga de sofrimento presente no momento da internação.

¹¹ Lúcio, 62 anos, tratamento ambulatorial, nenhuma internação, inserção de longa data na Unidade de Alcoolismo.

Lúcio: Aí, depois de 85... aqui mesmo... ela caiu na mão assim, de um estagiário, como você, né, era um psiquiatra...

Eu: Mas aqui, eu não sou, eu não trabalho aqui, não... eu tô fazendo só pesquisa aqui...

Lúcio: Certo, sim, mas você já tá consultando fora né...

Interessante notar que, apesar de não ter comentado em nenhum momento que eu era profissional de saúde, somente o fato de estar na unidade era suficiente para que ele me identificasse como estagiária da área de saúde mental. Foram necessárias algumas semanas para perceber que a não identificação de meu lugar como pesquisadora constituía um dado revelador da cultura institucional. Era como se o enquadre institucional, por si só, incluísse determinadas categorizações ao mesmo tempo que excluía outras. Para ilustrar essa questão, reproduzo o trecho de meu diário de campo de 13/12/2007, em que pude, finalmente, entender o que antes era visto como incongruência. Assim, foi a vivência institucional durante a observação participante que me possibilitou reconhecer um aspecto da cultura institucional que, inicialmente, não conseguia enxergar. Essa experiência de surpresa e de reconfiguração de sentido exemplifica como é preciso, no fazer etnográfico, atentar às pistas fornecidas pelo campo. Neste aspecto, qualquer esforço para se antecipar a elas está fadado ao fracasso:

Estou cada vez mais convencida de que não devo intervir quando me apresentam aos pacientes como “psicóloga” ou omitir aos pacientes essa mesma condição. Começo a perceber que ser psicóloga é um dos marcadores a partir dos quais as pessoas organizam/reconhecem os atores no espaço do serviço. Neste aspecto, dizer que sou “pesquisadora” parece perder um pouco o sentido ali dentro. E só agora eu noto o quanto isso pode ser um dado significativo de análise. Comecei a observar essa questão a partir das conversas com Neiva durante sua internação e após a sua alta. Neste caso, parece que, como eu excluí a alternativa “psicóloga”, o único lugar que sobrou para ela me encaixar foi como “amiga” e não como “pesquisadora”. (Diário de campo, não publicado).

4. A vergonha na cena do tratamento

“O alcoólatra, ele tem muita vergonha” (Juvenal)¹²

A pesquisa com homens e com mulheres na Unidade de Alcoolismo elucidou a moral da vergonha como categoria privilegiada de expressão de uma moralidade particular que permeou o universo cultural de homens e de mulheres alcoólatras em sua relação com o alcoolismo, compreendida como categoria médica em construção com base na carreira moral de tratamento. A abordagem etnográfica possibilitou aprofundar a análise dessa construção moral, evidenciando, de forma mais significativa – do que seria possível por meio de uma análise isolada das entrevistas –, que a passagem pelo tratamento propicia uma reformulação de sua condição e um posicionamento singular diante da vergonha entre os homens e mulheres. Comprovando a dimensão médico-moral do dispositivo terapêutico, a pesquisa elucidou o acionamento da vergonha nos momentos de (re) internação e seu alinhamento, no contexto de tratamento, ao projeto terapêutico de dificultar a recaída e impedir a desmoralização a ela associada.

Francisco, um dos informantes-chaves da pesquisa, foi o primeiro a esclarecer o impacto da vergonha sobre a menor disponibilidade de alguns internos para darem entrevista. À época da pesquisa, Francisco tinha 52 anos, vivia com seu filho e com sua esposa em um bairro da zona norte carioca. Andava na unidade sempre à vontade, com chinelos gastos, camisa aberta de manga curta e bermuda *jeans*. Uma situação que chamou a atenção foi o clima de descontração e humor que permeava as relações de Francisco com os profissionais da unidade. Além de conhecido por todos, evidenciava um saber acumulado sobre a cultura local. Como Francisco ficava no espaço do ambulatório, foram necessários alguns meses para que eu me aproximasse dele, pois, como relatei, minha presença na unidade se concentrou, inicialmente, nas enfermarias.

Ao falar sobre a pesquisa, Francisco, mantendo sua atitude bem-humorada, dispôs-se espontaneamente a me ajudar e a ser entrevistado.

¹² Juvenal, 55 anos, internado no momento da entrevista, várias internações, inserção de longa data na Unidade de Alcoolismo.

Sua resposta expressa atitude de distinção na unidade: “Eu conheço muita gente aqui” e continua: “Se você tivesse me falado antes, você já teria entrevistado um montão de gente”. Sugeri os melhores dias da semana para a pesquisa e os nomes de alguns pacientes que poderiam ser entrevistados. Francisco disse que os internos estavam menos disponíveis para serem entrevistados devido ao sentimento de vergonha: “Eu sei como é, pois já estive nessa situação. A gente coloca o lençol na cara e não quer falar com ninguém”.

Após a conversa com Francisco, fiquei pensando sobre o quanto poderia ter poupado tempo caso tivesse me aproximado dele antes. Mais uma ilustração da impossibilidade de empreender um direcionamento fechado do itinerário de pesquisa antes da imersão no campo. Esse diálogo com Francisco consagrou o estreitamento de meu contato com ele e também minha decisão de deslocar o foco das enfermarias para o ambulatório da unidade.

Dessa forma, Francisco sinaliza a importância que a moral da vergonha desempenha no tratamento, questão bem expressa nos depoimentos de informantes homens e, em menor grau, de mulheres de camadas populares. Para Clóvis¹³ e Juvenal, a vergonha era um dos componentes centrais de uma ética masculina que se constitui em torno do trabalho, da família e da relação com a bebida. A vergonha refletia a transgressão de uma moral masculina devido ao uso da bebida. Para Clóvis, a vergonha se associava mais à desvalorização de seu papel como marido e pai provedor em decorrência de sua decadência financeira. Assim, valorizava a vergonha como um sentimento revelador do homem honesto diante das dívidas e da impossibilidade de pagá-las. Daí sua afirmação de que: “Só tem vergonha quem é honesto”.

Contudo, não apenas os homens enunciaram a vergonha durante a pesquisa de campo. Em sua primeira internação na unidade, Angélica¹⁴ mostrou um trecho de seu diário, em que descrevia seus sentimentos em

¹³ Clóvis, 62 anos, internado no momento da entrevista, inserção recente na unidade.

¹⁴ Angélica, 50 anos, tratamento ambulatorial e internação (primeira) no momento da entrevista, inserção recente na unidade.

relação ao momento da internação e expressava seu sentimento de *fracasso* como mãe. Essa palavra estava riscada a lápis, o que não impedia seu reconhecimento. Angélica comenta que, apesar da ressalva de uma colega da internação de que *fracasso* era uma palavra muito forte, ela preferiu mantê-la, para se lembrar do motivo pelo qual estava ali. Ainda que Angélica se identificasse como alcoólatra e definisse o alcoolismo como uma doença, sua inserção recente na Unidade de Alcoolismo tornava a internação um evento impactante para ela, além de explicar a emergência do sentimento de vergonha. Em sua entrevista, ela vincula a vergonha sentida na internação à sensação de fracasso como mãe e esposa. Desse modo, ao perguntar sobre o motivo da vergonha, ela responde: “É a cobrança, é a cobrança...: ‘Minha mãe fez isso? Minha mãe fez aquilo? A Angélica fez aquilo? A Angélica fez isso?’ A cobrança sempre foi muito grande em cima de mim”. Portanto, a vergonha, em seu caso, expressava um sentimento de fracasso no cumprimento de expectativas sociais relacionadas ao desempenho como mãe e como esposa.

Assim, o desencadear da vergonha no âmbito do tratamento é revelador de uma espécie de drama que permeia, diferentemente, a experiência alcoólica dos homens e das mulheres. No caso destas, constatei uma situação de tensão entre a experiência com a bebida e as questões do domínio privado, a exemplo da dificuldade de conciliar a maternidade com o consumo. De maneira mais evidente, o drama dos homens alcoólatras evidenciou o conflito entre consumo alcoólico e a adequação a um perfil masculino valorizado, associado à ética do homem provedor, pai de família.

A vergonha expressa a introjeção de normas, de hábitos e de costumes (MIAGUSKO; FERREIRA, 1999). Dessa forma, o que envergonha é a inobservância da autoridade de uma regra que regula as ações em uma dada situação social (MARTINS, 1999). Sob o efeito do álcool, os entrevistados comunicaram vivências de rupturas de normas e de condutas sociais. A vergonha era um sinal do reconhecimento da inobservância dessas normas sociais por parte dos entrevistados e da falha em sua execução, como é o caso das prescrições de gênero que diferenciam as imagens do homem provedor e da boa mãe. Além de sua vinculação

à incorporação e à transgressão de normas sociais, a produção do sentimento de vergonha mostrou-se profundamente relacionada à confirmação pública da inobservância de regras sociais no contexto de tratamento, mas também fora dele. Essa questão apareceu, por exemplo, nos depoimentos de Sabrina¹⁵ e de Carmem¹⁶, de que, dentro de casa, não sentiam vergonha de beber. Para Sabrina: “Você tá na sua casa sozinha, você não fica com vergonha de... andar de quatro [...] Agora, na rua, você tem que manter... se possível, as aparências.” Fainzang (1998) observa que o *andar de quatro*, representação presente nas percepções dos cônjuges e dos ex-bebedores do grupo que analisou, simbolizava a decadência social e moral do alcoólatra, a perda de capacidades humanas devido à ruptura de atributos sociais valorizados como, por exemplo, o raciocínio e o senso moral.

Alguns entrevistados expressaram a definição do AA segundo a qual o alcoolismo é uma doença que mata desmoralizando. De maneira semelhante à análise de Fainzang (1998), a ideia de desmoralização aparece muitas vezes relacionada à perda da dignidade humana (perda de higiene, desleixo pessoal), um processo gradativo de destituição de atributos, de valores e de comportamentos que compõem a identidade social do indivíduo que tem profundas relações com a representação acerca do mendigo, do qual tentam, a todo custo, distanciarem-se.

Esse processo de destituição moral encontra correspondência no relato de Renato,¹⁷ a respeito de sua carreira alcoólatra – do bebedor com vergonha, ao alcoólatra desprovido de vergonha. Seu relato permite esquematizar três fases dessa carreira que são permeadas pela presença ou pela perda da vergonha moduladas pelo deslocamento entre público e privado: a primeira fase, marcada pela presença da vergonha, é caracterizada pelo consumo de bebida dentro de casa e longe do olhar alheio. A segunda fase, quando perdida a vergonha, é caracterizada pelo

¹⁵ Sabrina, 45 anos, internada no momento da entrevista, várias internações hospitalares, adepta de longa data do AA e inserção recente na unidade.

¹⁶ Carmem, 42 anos, várias internações, internada no momento da entrevista, tratamento de longa data.

¹⁷ Renato, 48 anos, tratamento ambulatorial no momento da entrevista, uma internação prévia, inserção de longa data na unidade.

consumo em botequins e pela falta de cuidados de higiene. A terceira e última fase, em que ele se retrata como “mendigo caseiro”, é caracterizada pela debilidade física e pelo retorno, sem qualquer resquício de vergonha, ao espaço da casa, por não conseguir sair de casa para comprar bebida. Como se pode depreender dos relatos, a separação entre o espaço da casa e o da rua é um importante marcador da vergonha em sua relação com a experiência alcoólica. Uma imagem associada à ideia de desmoralização é a do beber até cair no espaço da rua. Não à toa, a noção de *re-caída* alcoólica (voltar a beber) associada à (re)internação é muito presente no jargão local e desencadeador do sentimento de vergonha. Nessa perspectiva, vários informantes relataram o despertar da vergonha no tratamento, no momento da (re)internação, o que está estreitamente associado à confirmação pública do fracasso em se manter sóbrio, mediante a confrontação com olhares dos profissionais de saúde e dos próprios pacientes da unidade.

Durante o estudo de campo, presenciei a eclosão da vergonha no tratamento em meu reencontro súbito com Juvenal, ocorrido dois meses após sua entrevista. Eu estava em uma sala onde ficam os profissionais da unidade quando Juvenal apareceu, alcoolizado, procurando atendimento médico. Ao me avistar, ficou imóvel e em silêncio por alguns instantes, após o que confessou, bastante constrangido, que se sentia envergonhado, naquele momento, pelo fato de ter bebido e ter me encontrado. Compreendi a vergonha de Juvenal ao me ver como expressão da sensação de fracasso por conta de sua recaída, uma vez que ele havia enfatizado, em sua entrevista que, após a alta, cessaria definitivamente o consumo de bebida e retomaria o tratamento ambulatorial. Esse encontro com Juvenal talvez seja o melhor exemplo do papel exercido pelo olhar dos agentes, no espaço de tratamento,¹⁸ de despertar a moral vergonha.

Na entrevista realizada antes desse encontro, o sentimento de vergonha foi enfatizado ao relatar um episódio dramático ocorrido em seu

¹⁸ No caso, a vergonha diante de uma profissional de saúde, uma vez que os informantes, como visto, classificavam-me como psicóloga e não como pesquisadora.

trabalho pgresso como caseiro. Falou-me de uma “bagunça” que fez na casa de seus patrões após ter bebido. A vergonha, neste caso, articulava-se ao fato de não ter honrado a confiança dos patrões e, portanto, transgredido uma ética do trabalho. Diante da chegada inesperada dos patrões, essa situação, para ele de extrema desmoralização, acarretou sua tentativa de suicídio. O aspecto trágico dessa alternativa é indicativo do peso moral da vergonha em função da traição da confiança nele depositada e da transgressão em relação a uma ética construída em torno do trabalho. Após um longo processo de hospitalização em decorrência daquela tentativa, Juvenal relata que não conseguiu “pedir perdão” aos patrões, optando por se demitir do trabalho.

Assinalei o impacto da carreira moral de tratamento na perspectiva da construção da identidade alcoólatra e do alcoolismo como doença. Tal constatação dependeu do meu distanciamento em relação às concepções naturalizadas sobre doença, o que foi imprescindível para o trabalho de campo. Essa atitude se refletiu, por exemplo, na forma de construção das perguntas na entrevista, algumas, aparentemente, óbvias. Assim, para aqueles entrevistados que realizavam tratamento de longa data, foi flagrante o estranhamento diante da minha pergunta: “Você se considera alcoólatra?” A naturalização dessa identidade é comprovada pela resposta de Pedro:¹⁹ “Se eu me considero, não, *eu sou* alcoólatra”. Ou seja, o verbo *considerar* soava inadequado justamente por dar margem a uma opinião de cunho pessoal a respeito de uma entidade natural que o precede e o constitui.

No entanto, é o próprio Pedro que refere que passou a saber que era alcoólatra apenas nos atendimentos de psiquiatria na unidade, como se observa no relato: “Na época em que eu conheci o hospital, eu já tinha tido uma crise de alcoolismo, *mas eu não sabia que eu era alcoólatra*, que eu tinha problema de álcool. Bebia muito, mas eu não sabia que era um problema. Eu achava que eu não tinha problema.” O saber-se doente se colocava, portanto, nos depoimentos de muitos entrevistados

¹⁹ Pedro, 54 anos, tratamento ambulatorial no momento da entrevista, várias internações, inserção de longa data na unidade.

como um processo de conscientização desencadeado pelas consultas com os médicos da unidade, após a explicitação do diagnóstico. Essa questão ficou bem ilustrada na demarcação temporal que separa o antes e o depois do diagnóstico. Essa conscientização sobre a identidade alcoólatra parece aliviar, de certo modo, a carga moral da vergonha, como atesta seu depoimento de que: “Você chega aqui, quebrado, cheio de remorso, com vergonha... Quer dizer, eu chegava com vergonha, hoje em dia, não, eu sei que faz parte da minha doença”.

De forma semelhante, o depoimento de Carmem é paradigmático do impacto da medicalização sobre a vergonha: “Eu não faço muita questão de esconder também. Eu, na época, eu já senti muita vergonha. Mas depois que eu conheci o Hospital Psiquiátrico, essa vergonha, as minhas psicólogas, psiquiatras, elas conseguiram tirar da minha mente a vergonha que eu sentia. Ela disse: ‘não sinta vergonha, não se sinta a pior, a pior, o pior dos piores, você apenas tem uma doença, é como se fosse um diabetes, como se fosse uma pressão alta, como se fosse um câncer. É uma doença, você não tem culpa, você não tem culpa de ser alcoólatra, não tenha vergonha’. Isso, elas falam diariamente.”

Caso os depoimentos de Pedro e de Carmem fossem interpretados isoladamente, sem relação com o contexto mais amplo de análise propiciado pela imersão no campo, o aspecto da neutralização da vergonha por parte da medicalização ocorrida ao longo da carreira de tratamento ganharia destaque, de modo a sugerir uma relação de oposição entre medicalização e moral da vergonha. No entanto, o enquadramento dos depoimentos com as informações etnográficas sobre a cultura institucional evidenciou, diferentemente, que as dimensões médica e moral estão de fato interligadas na construção do alcoolismo e da identidade alcoólatra.

Para os informantes das camadas médias, que se aproximavam do discurso psicológico pela terapia individual ou, no caso específico de Neiva, pelo estudo de uma disciplina de psicologia na faculdade, a vergonha praticamente não era explicitada. Segundo Neiva, a abordagem da psicologia desculpabilizaria a pessoa alcoólatra ao tentar compreender um motivo na sua história de vida para determinado comportamento do indivíduo, o que minimiza a condenação moral. Segundo ela:

“Porque você, quando estuda psicologia, você abre os horizontes, para cada pessoa, é um universo. Então: ‘Ah, por que fulano fez isso?’ [...] ‘O que te levou a agir dessa forma?’ E não é julgar, dizer: ‘Fulano não presta, é vagabundo’”.

Portanto, os discursos médico e psicológico compartilham os efeitos de abrandamento da condenação moral. Ainda de acordo com Neiva: “A gente tava conversando ali [...]: ‘Ah, o pessoal pensa que a gente é alcoólatra porque é vagabundo, é safado, é sem-vergonha.’ O cara falando, aí eu falei: ‘Ah, não tem nada a ver, [...] o alcoolismo é uma doença, tem que ser tratada, tem que ser controlada, né?’”

As múltiplas formas de enunciação da vergonha testemunham o valor dessa categoria moral no contexto de tratamento. Longe de apagá-la, o *status* de doente alcoólatra, adquirido ao longo da carreira moral de tratamento, estabelece relações complexas com essa forma de moralidade que é bastante cara à formação da identidade alcoólatra. Mesmo que em sua forma negativa – caso dos relatos que se distanciam dessa moral tendo como base a racionalidade médica –, a vergonha é um eixo em torno do qual a carreira alcoólatra se constitui. Dessa forma, o tratamento não neutraliza a vergonha, mas a reinscreve sob o crivo da doença. O que parece ser problemático é menos a vergonha do que sua ausência ou sua perda (ALZUGUIR, 2014).

Para Lúcio, a vergonha assumia um caráter terapêutico, como se pode depreender do seu relato: “Eu não fiz terapia, nesses dez anos que eu fiquei sem beber, eu não fiz terapia. É só, a minha terapia, no caso, é essa vergonha. Hoje eu me entendo, né, mas não era pra ficar só aí [na vergonha]. Era pra ter continuado, ter feito a terapia, como eu tô fazendo hoje, que me ajuda muito”.

Seu relato atesta que a vergonha funcionava como uma espécie de substituto do tratamento porque assegurava a abstinência, um exemplo da maneira como o aspecto moral do alcoolismo está intrinsecamente ligado à eficácia do tratamento. Assim como Lúcio descreve, enquanto durou seu sentimento de vergonha, “tudo bem”, o problema se inicia com a saída de cena da vergonha ou com a falta de vergonha do alcoólatra. Sem a vergonha, o alcoólatra volta a beber. Nessa perspectiva, a

vergonha pode ser pensada como uma estratégia de controle do alcoolismo cuja função é impedir a desmoralização do alcoólatra em razão do consumo de bebida (ALZUGUIR, 2014).

Considerações finais

Com a apresentação de algumas situações vividas durante a pesquisa etnográfica em um serviço público de tratamento do alcoolismo, chamei a atenção para um posicionamento particular implicado no fazer etnográfico em relação ao campo de pesquisa, caracterizado pela disponibilidade em se surpreender, reconhecer e se perguntar sobre acontecimentos aparentemente óbvios ou irrelevantes que emergem no campo. Tarefa nada fácil para qualquer empreendimento etnográfico, quanto mais ele ocorra em um cenário familiar, ou seja, em um cenário que faz parte da constelação de valores que compõem o universo do/a pesquisador/a. Essas reflexões surgiram de uma preocupação que permeia minha prática cotidiana de ensino de disciplinas da saúde coletiva que problematizam as condições sociais de produção do conhecimento científico sobre processos de saúde e de doença.

Para além de uma apresentação conceitual, argumento que a imersão no campo de pesquisa e a qualidade das relações que dali emergem demandam um tempo necessário para a compreensão dos elos de sentido entre os eventos, enfim, da complexa tessitura que configura o universo cultural pesquisado. Isso justifica a atenção redobrada para não se antecipar àqueles eventos com base em ideias preconcebidas, atitude que se alia ao exercício de estranhamento etnográfico e de suspensão das explicações fáceis e naturalizadas sobre o funcionamento do grupo social em questão. Ilustrei essas questões com a descrição de algumas vivências no campo, entre elas, a dificuldade de me fazer reconhecer como pesquisadora. Apenas depois de um contato verdadeiro com a cultura institucional, pude perceber que essa aparente dificuldade ou incongruência sinalizava para os recortes identitários que classificavam e ordenavam as posições dos agentes na instituição.

Em seguida, trouxe alguns exemplos sobre a configuração da moral da vergonha, como eixo importante de ordenação das categorizações em relação ao alcoolismo e à identidade alcoólatra na carreira moral de tratamento. Argumentei que o empreendimento etnográfico permitiu reintegrar o conteúdo das entrevistas em um quadro mais amplo da vida institucional. Tal condição viabilizou um refinamento analítico que não seria possível com a análise isolada do conteúdo das entrevistas. Assim, pude atestar que a carreira moral de tratamento, longe de neutralizar a vergonha, opera de fato sua reinscrição e seu reordenamento sob a linguagem da doença.

Por fim, cabe referir os limites colocados pela apresentação de alguns fragmentos das situações etnográficas. Esse recorte já implica a simplificação inevitável de uma compreensão mais global das relações sociais que regem a dinâmica cultural institucional. Considerando esses limites, chamo a atenção à riqueza e à complexidade implicadas no fazer etnográfico e à abertura necessária para um reposicionamento constante do olhar sobre o outro e sobre nós próprios nessa empreitada, da qual certamente não saímos ilesos. Se é possível resumir em uma frase, trata-se de se munir, nos dizeres de Foucault (1984, p. 13), da disponibilidade para “pensar diferentemente do que se pensa, e perceber diferentemente do que se vê”, como uma condição “indispensável para continuar a olhar ou a refletir” no contexto de pesquisa etnográfica.

Referências

ALZUGUIR, Fernanda de Carvalho Vecchi. *Moralidade, vergonha e doença: a carreira moral de homens e mulheres alcólatras*. 279 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Uerj, Rio de Janeiro, 2010.

ALZUGUIR, Fernanda de Carvalho Vecchi. A carreira moral da vergonha na visão de homens e mulheres ‘alcólatras’. *Physis*, Uerj, v. 24, p. 11-29, 2014.

ANTZE, Paul. Symbolic action in alcoholics anonymous. In: DOUGLAS, Mary (org.). *Constructive drinking: perspectives on drink from anthropology*. Cambridge: University Press, 1987. p.189-171.

BARREIRA, Iris Alencar Firmo. O ofício de ensinar para iniciantes: contribuições ao modo sociológico de pensar. *Revista de Ciências Sociais*, v. 45, n. 1, p. 63-85, 2014.

CAMPOS, Edmilson A. As representações sobre o alcoolismo em uma associação de ex-bebedores: os Alcoólicos Anônimos. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 20, n. 5, p. 1379-1387, 2004.

CAMPOS, Edmilson A. O alcoolismo é uma doença contagiosa?: representações sobre o contágio e a doença de ex-bebedores. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 10, p. 267-278, 2005. Suplemento.

DRULHE, Marcel. Mémoire et socialisation: femmes alcooliques et associations d'anciens buveurs. *Cahiers Internationaux de Sociologie*, n. 85, p. 313-324, 1988.

DUARTE, Luis Fernando Dias. *Da vida nervosa nas classes trabalhadoras urbanas*. Rio de Janeiro: Zahar, 1988.

FAINZANG, Sylvie. *Ethnologie des anciens alcooliques: la liberté ou la mort*. Paris: Presses Universitaires de France, 1998.

FAINZANG, Sylvie. Entre práticas simbólicas e recursos terapêuticos: as problemáticas de um itinerário de pesquisa. *Antropolítica: Revista Contemporânea de Antropologia e Ciência Política*, n. 15, p. 19-38, 2003.

FAINZANG, Sylvie. *Curar-se do álcool: antropologia de uma luta contra o alcoolismo*. Niterói: Intertexto, 2007. Coleção Consumo de Bebidas Alcoólicas: práticas e representações, 2.

FOUCAULT, Michel. *História da sexualidade II: o uso dos prazeres*. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

GARCIA, Angela Maria. Alcoólicos anônimos: conversão e abstinência terapêutica. *Antropolítica: Revista Contemporânea de Antropologia e Ciência Política*, n. 15, p. 39-59, 2003.

GARCIA, Angela Maria. *E o verbo (re)fez o homem*. Niterói: Intertexto, 2004.

GOFFMAN, Erving. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva, 1996.

HARAWAY, Donna. Saberes localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. *Cadernos Pagu*, n. 5, p. 07-41, 1995.

JASANOFF, Sheila. *States of knowledge: the co-production of science and social order*. New York: Routledge, 2004.

MALINOWSKI, Bronislaw. Objetivo, método e alcance desta pesquisa. In: ZALUAR, Alba (org.). *Desvendando máscaras sociais*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1980. p. 39-62.

MARIZ, Cecília L. Alcoolismo, gênero e pentecostalismo. *Religião e Sociedade*, v. 16, n. 3, p. 80-93, 1994a.

MARIZ, Cecília L. Libertação e ética. Uma análise do discurso de pentecostais que se recuperaram do alcoolismo. In: ANTONIAZZI, Alberto (org.). *Nem anjos nem demônios: interpretações sociológicas do pentecostalismo*. Petrópolis: Vozes, 1994b. p. 204-224.

MARIZ, Cecília L. “Embriagados do Espírito Santo”: reflexões sobre a experiência pentecostal e o alcoolismo. *Antropolítica: Revista Contemporânea de Antropologia e Ciência Política*, n. 15, p. 71-80, 2003.

MARTINS, José de Souza. O decoro nos ritos de interação na área metropolitana de São Paulo. In: MARTINS, José de Souza. (org.). *Vergonha e decoro na vida cotidiana da metrópole*. São Paulo: Hucitec, 1999. p. 9-15.

MIAGUSKO, Edson; FERREIRA, Lucia M. Puga. Circunstâncias e coadjuvantes na interação social: o poder da vergonha. In: MARTINS, José de Souza (org.). *Vergonha e decoro na vida cotidiana da metrópole*. São Paulo: Hucitec, 1999. p. 17-30.

MINTZ, Sidney. Encontrando Taso, me descobrindo. *Revista de Ciências Sociais*, v. 27, n. 1, p. 45-58, 1984.

ROHDEN, Fabíola. Notas para uma antropologia a partir da produção do conhecimento, os usos das ciências, intervenções e articulações heterogêneas. In: FONSECA, Claudia; ROHDEN, Fabíola; MACHADO, Paula Sandrine. *Ciências na vida: antropologia da ciência em perspectiva*. São Paulo: Terceiro Nome, 2012. p. 49-60.

SOARES, Bárbara M. *Mulheres invisíveis: violência conjugal e as novas políticas de segurança*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999.

5

Capítulo 5

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

Natália Almeida Bezerra
Soraya Fleischer

1. Encontrando um tema de pesquisa sobre saúde

Este capítulo discute uma pesquisa sobre a vacinação contra o Papilomavírus Humano (HPV) realizada em uma escola pública do Distrito Federal. Tema moderno, cativo para a área da saúde, as vacinas

tendem a ser a menina dos olhos da biomedicina, da saúde pública e do Sistema Único no Brasil (SUS) no Brasil. Esse tema cresceu e revirou nosso mundo antropológico, abrangendo questões de gênero, de raça e de geração, de políticas públicas em saúde, de corpo e de sexualidade, de relação entre autoridade sanitária e autonomia individual.¹

Contudo, a intenção aqui é contar sobre essa experiência por outro viés: a reflexividade de quem faz pesquisa de campo etnográfico em temas e em espaços tradicionalmente identificados como da saúde. Se se pretende iniciar ou aperfeiçoar uma prática profissional como etnógrafa/o, é justamente conhecendo diversas experiências de pesquisa que se pode avançar, afinal, não há um método ou um manual que ensine e oriente a fazer pesquisa na antropologia (PEIRANO, 2014). É com a prática extensiva e aprofundada do trabalho de campo e também com a leitura recorrente e continuada de trabalhos monográficos da antropologia que se aprende e se alarga um repertório de técnicas, de estratégias, de ideias que ajudam a orientar a condução de uma próxima pesquisa etnográfica.

Com o intuito de tecer uma análise reflexiva, apresentamos, então, algumas temáticas que se mostraram significativas na pesquisa realizada para o curso de mestrado da primeira autora, as quais nos ajudaram a reposicionar algumas questões antropológicas: estudar um tema de saúde (vacinas), dentro de um lugar efervescente (escola), com interlocutoras intensas (adolescentes), tendo que administrar um familiar presente (mãe) e estar acompanhada não apenas por um caderno de campo, mas de uma câmera fotográfica. A pesquisa em voga foi realizada entre os anos de 2015 e 2016 pela primeira autora, sob a orientação da segunda. O texto oscilará entre a primeira pessoa do singular, quando for necessário garantir o tom de relato e a experiência pessoal (vividos unicamente pela primeira autora), especialmente, nos trechos relativos aos diários de campo; terceira pessoa do singular, quando estivermos nos referindo a apenas uma das autoras,

¹ Os resultados desta pesquisa podem ser encontrados na dissertação de mestrado defendida pela primeira autora no Departamento de Antropologia da Brasília (BEZERRA, 2017).

para destacar suas ideias ou práticas de pesquisa; e a primeira pessoa do plural, quando as reflexões e as análises tiverem sido realizadas pelo par de autoras, com um intuito de ampliar a discussão e alcançar um tom mais generalizável. Na maior parte do capítulo, navegaremos por esta última opção, garantindo nossa voz em uníssono e evidenciando nossa parceria intelectual.

Antes de tudo, vale contextualizar o tema mais amplo da pesquisa – a vacina para prevenir o HPV. Investigar o mundo social que a envolve e a diferencia de outras vacinas foi o objetivo central do trabalho de mestrado. Três grupos compuseram o mundo social da vacina HPV: as profissionais da saúde, as educadoras da escola e as/os adolescentes (meninas e meninos) e a suas mães e seus pais. Foram esses grupos que manejaram a vacina dentro da escola e puderam fornecer bons dados para discutir sobre o que, de fato, as pessoas compreendiam a respeito da dita vacina, do vírus e de tantos outros assuntos correlatos, como deixaremos mais claro a seguir. A pesquisa foi desenvolvida em uma escola pública localizada em uma das 31 regiões administrativas (RA) do Distrito Federal (DF), que oferecia, à época, ensino fundamental (5º ao 9º ano) para uma população localizada na periferia da capital.

Essa vacina englobava uma complexa rede de relações, de atores sociais e de percepções sobre vacinação, medicamentos, especialistas e doenças. À época, apenas as meninas de 9 a 13 anos estavam recebendo a vacina (os meninos foram incorporados à campanha só depois, em janeiro de 2017). Logo, recortes sobre corpo, gênero e geração foram importantes aqui. Inclusive, o DF foi um dos primeiros entes da federação a iniciar a campanha de imunização para o HPV, chegando ao índice de 95% de corpos femininos vacinados com a primeira dose, ainda em 2013 (CORREIO BRAZILIENSE, 2014). Outro dado dessa campanha inicial que também despertou nossa atenção foi que ela migrou de um ambiente institucional mais convencional – o centro de saúde – para outro – as escolas. Tal prática, dentro da escola – uma instituição igualmente de ensino, disseminadora de conhecimento e disciplinadora –, gerou dilemas e discursos reveladores à pesquisa.

Estivemos atentas também ao fenômeno da recusa à vacina tanto por parte de algumas famílias conhecidas na escola estudada, quanto por parte de outras pessoas, casos estes divulgados na grande mídia. No Brasil, país de forte cultura de imunização (HOCHMAN, 2011), ter uma nova vacina, que prometia proteger de uma infecção sexualmente transmissível – e também por isso estigmatizada, como o câncer de colo de útero – e saber que alguns pais e mães negavam às suas filhas o que era visto por muitas outras pessoas como um benefício, fazia pensar. Essa vacina gerou muita controvérsia pelo fato de ser direcionada, em um primeiro momento, apenas às mulheres; por pressupor que meninas poderiam já ter iniciado sua vida sexual ou estariam prestes a fazê-lo e, assim, precisariam dessa proteção; por ampliar os valores pessoais, familiares, institucionais, médicos e religiosos – nem sempre coincidentes – sobre saúde e sexualidade femininas.

Discorrer sobre as concepções em torno da vacina, a quem pretendeu atingir (no caso, *proteger*, se usarmos o termo difundido pela campanha); saber como mães e pais estavam se posicionando frente a ela; e mais, como as próprias meninas estavam compreendendo seus corpos entre um “sim” e um “não” à vacina foram algumas questões trabalhadas na pesquisa. Essa vacina chama a atenção por suscitar problemáticas diferentes do que, até o momento, tem sido pesquisado sobre o fenômeno do vacinar-se, como, por exemplo, a forte negação que a vacina recebeu nos EUA (WAILOO *et al.*, 2010); a medicalização intensa dos corpos femininos (ROHDEN, 2003); o teor heteronormativo da vacina HPV (GRAHAM; MISHRA, 2011; 2012); o perigo biológico da vacina em si, como a paralisia das pernas; além do ganho financeiro e do interesse comercial das indústrias farmacêuticas (BARBIERI; COUTO, 2015). Encontra-se, assim, a vacinação no coração das relações de poder e de autoridade entre o Estado, a ciência e os cidadãos (MOULIN, 2003), em particular, agora, frente aos corpos femininos e jovens da periferia urbana.

Com esse contexto mais amplo apresentado, passaremos às próximas seções do capítulo. Primeiro, mostraremos como as vacinas poderiam ser mais obviamente encontradas nas instituições de saúde,

mas tomamos um caminho menos convencional ao perseguir a vacinas e suas repercussões conflituosas em outra instituição, não evidentemente relacionada ao tema da saúde. Segundo, a escola e seus personagens serão apresentados com o intuito de revelar e de discutir como a etnógrafa foi recebida, percebida, tolerada e acomodada. Por fim, passaremos pelos diferentes papéis que lhe foram atribuídos para revelar como esse conjunto de fatores – tema, lugar, presença e relações – conformou um ambiente propício e específico para o estudo do fenômeno vacinal no caso do HPV. Acompanhar as decisões da pesquisadora diante das condições que lhe foram apresentadas para realizar seu mestrado pode parecer uma opção analítico-textual muito pontual e circunscrita, mas apostamos que o relato de trajetos ético-metodológicos é a principal forma de consolidar um conhecimento sobre o fazer etnográfico, particularmente, quando a saúde é tomada como uma realidade social a ser estudada pela antropologia e pelas ciências sociais.

2. Definindo um campo de pesquisa sobre saúde

Figura 1. Meninas em fila aguardando a vez para vacinar.
Dezembro, 2015²



Fonte: Bezerra (2017, p. 153).

² Todas as fotografias foram produzidas pela primeira autora em seu campo de pesquisa.

Quando Natália voltou à universidade em 2015, alguns anos após a graduação, retomou o contato com Soraya e trocaram ideias sobre temas de pesquisa. Os noticiários locais estampavam facetas sobre a controvérsia que crescia no DF, quase sempre, matérias que chamavam atenção para a divergência de opiniões entre os médicos sobre a vacina HPV (COLUCCI, 2015). Soraya sugeriu que Natália se atentasse para o que vinha sendo dito e debatido nos jornais. A mídia é uma sentinela importante dos fenômenos sociais em tela, embora não tenha o tempo nem necessariamente o objetivo de aprofundar-se sobre as causas, os efeitos e as consequências desses fenômenos.

Assim, ao longo do primeiro semestre de 2015, a primeira autora fez um *clipping* de mídia amplo sobre vacinas e um específico sobre a vacina do HPV. Por um lado, encontrou matérias, entrevistas e reportagens sobre movimentos antivacinistas, campanhas de imunização, técnicas de controle do Estado, surgimento de novas vacinas (Aids, Hepatite, Hipertensão, Dengue, Zika). Por outro lado, esbarrou na restrição da vacina do HPV para os homens, na diminuição da procura pelas segundas e terceiras doses, na desconfiança de pais e de mães e leu sobre os grupos contrários a essa vacina. Assim, o tema das vacinas, a do HPV em especial, captou nossa curiosidade. No entanto, historiadores e antropólogos já tinham produzido muito sobre vacinas controvertidas no Brasil. Queríamos algo que acrescentasse ao debate.

A migração do centro de saúde à escola, como espaço estrategicamente escolhido para a campanha do HPV, foi o que mais atraiu, primeiramente, Soraya para o tema. Porém, como escolher e chegar até uma escola? Como fazer pesquisa ali dentro? Será que as escolas abrigavam mesmo equipes com seringas, gelo, caixas de isopor a tiracolo? Natália resolveu, então, procurar a vacinação do HPV na cidade em que morava à época. Ela foi até o centro de saúde (ou posto de saúde, posto, postinho) mais familiar e próximo tanto porque era ali que buscava os remédios da sua avó, quanto porque estava a poucos quilômetros de sua casa. Lá conheceu Lorena, como aqui chamaremos uma técnica de enfermagem que ficava sempre em uma mesinha próxima à entrada do posto. Lorena foi simpática. Era conhecida por todos ali, sabia dos

calendários de vacina, sabia muito sobre o HPV. A pesquisadora ficou muito entusiasmada com ela, queria conversar com mais calma, sondar as possibilidades de um *campo*, como comumente chamamos na antropologia, os *sítios* para a realização de uma pesquisa. Na terceira tentativa, conseguiu marcar um encontro com Lorena.

Em um dia mais calmo, sem tumulto no posto, Lorena aceitou uma conversa informal ali mesmo, no corredor. Era muito dinâmica em sua fala. Contou muitos fatos sobre a vacinação realizada naquela RA: escolas desorganizadas, meninas em pânico, medo da agulha e, para nossa surpresa e desapontamento, interrupção da presença dos centros de saúde daquela região nas escolas. Com essa conversa, aprendemos, primeiro, que a vacina migrara para a escola, e o centro de saúde tinha ido junto. Equipe e equipamentos saíam de uma instituição e passavam a tarde na outra, distribuindo picadas nas meninas. Quer dizer, não eram as professoras ou as diretoras treinadas que manuseavam as agulhas, mas os mesmos profissionais de saúde de sempre. Em segundo lugar, que parecia haver um progressivo retorno da vacinação da escola ao centro de saúde, voltando aos moldes mais tradicionais. Parecia que perdíamos o campo da escola, salvo por apenas uma RA que, conforme explicou Lorena, “Vacina na escola, agora, só lá”. Embora Lorena fosse uma interlocutora simpática, aberta e comunicativa, descartamos manter o centro de saúde como *locus* da vacina. Queríamos algo novo. Natália agradeceu a acolhida, mas comunicou que não ficaria por ali.

Um fato estranho aconteceu, contudo. No dia em que Natália voltou ao posto para avisar a Lorena de que não faria ali a sua pesquisa, a técnica em enfermagem estava envolvida em um dia de vacinação contra gripe. As tias de Natália a acompanhavam, interessadas nessa vacina. Um trecho do diário de campo ambienta esse intenso momento de estranhamento:

Já na vez das minhas tias se vacinarem, juntei-me a elas para me inteirar da vacinação, já que queria observar mais, ia pesquisar sobre isso... Primeiro foi uma, depois a outra. Nesse instante, como estávamos as três perto da profissional de saúde, Lorena olha pra mim e pergunta: “Você já tomou? Baixa a blusa aí”. Falou

isso bem baixinho, apontando para o meu braço, e já foi tirando minha blusa. Eu fiquei sem saber o que fazer. Eu não me encaixava nos critérios exigidos pela campanha (idosos, bebês, diabéticos...), não tinha ido tomar vacina, estava numa crise sobre a validade desses “remédios” e tudo mais. Na verdade, na verdade, não queria mesmo. Então veio o “golpe”. Minhas tias ficaram me incentivando a tomar: “Aproveita, aproveita!” Lorena já estava com a vacina prontinha na mão, já chegando perto do meu braço. Aí, tomei! (Diário de campo, não publicado).

Naquela tarde, Lorena estava a pino, vacinando todo mundo que aparecia. Mesmo com a expressa indecisão de Natália em relação a tomar a vacina da gripe, aplicou uma dose. A antropóloga agradeceu meio sem graça à profissional, que pareceu muito contente em cumprir seu trabalho. Ela anotou o número em seu caderninho, engordando as estatísticas vacinais. Vários pensamentos invadiram a imaginação da antropóloga. Vacinas seriam dádivas? Foram construídas como bens de valor que devemos aproveitar? Tidas como bem público escasso, havia competição pelo acesso às vacinas e aquela seria uma oportunidade de uma cidadã frente a outras? Lorena teria sido invasiva ou estava apenas querendo agradar e/ou cuidar de uma usuária de seu território? Ela teria uma meta de furadas a cumprir por dia e seria cobrada por sua chefia? Exercia seu poder de autoridade sanitária local honrando os ensinamentos que teria aprendido no curso técnico de enfermagem? Competia com outras colegas para ampliar a cobertura vacinal daquela RA? As vacinas estariam próximas da data de validade e, portanto, havia certa urgência em serem usadas a fim de bem investir o dinheiro público, por exemplo? Sofreriam as meninas em idade escolar essa mesma pressão diante da vacina do HPV?

Se não se tornou o espaço do campo de pesquisa, o centro de saúde pelo menos consolidou o tema de pesquisa. Foi um importante espaço de chegada, de ambientação e de encontro com situações de puro estranhamento em relação ao mundo vacinal. Natália não ficou ali. Partiu para um próximo espaço, atravessada por informações, ideias e

inquietações. Experimentara um típico ritual de iniciação em pesquisa: fora picada, como todo mundo, mais ou menos à sua revelia, e chegaria à escola em pé de igualdade com as meninas visadas pela campanha do HPV: gênero à flor da pele, roupa devassada, corpo à mostra, saúde sendo cuidada por outrem.

Tema definido, campo imaginado, mas ainda instável. Agora, era necessário encontrar uma escola e ali se estabelecer, antes que o governo do DF retirasse definitivamente as campanhas do espaço escolar. Esse vai e vem da intenção vacinal, entre um espaço e outro, manter-se-ia como nosso interesse ao longo de toda a pesquisa.

3. Construindo relações de pesquisa com adolescentes em uma escola

Figura 2. Elas. Maio, 2016



Fonte: Bezerra (2017, p. 98).

Primeiro fato desafiador: Natália e Soraya nunca haviam feito pesquisa em uma escola. Logo, tudo era novidade, considerando que ser

estudante e ser pesquisadora são coisas bem diferentes, mesmo em se tratando de um espaço tão familiar como uma escola. Na graduação, a primeira autora havia etnografado a rotina de pessoas vivendo com doenças de longa duração (CANESQUI, 2015), como a diabetes mellitus e a hipertensão arterial, dando ênfase à relação que mantinham com seus aparelhos de medição dos índices corporais (BEZERRA, 2011). O trabalho foi desenvolvido em um centro de saúde em diálogo com a vizinhança local, quando as pesquisadoras frequentaram também as casas das pessoas e seus locais de sociabilidade e de lazer. Boa parte desses interlocutores era composta por senhoras e senhores, com tempo mais disponível para conversas, com fala mansa e com direito, muitas vezes, a um cafezinho ou a um pedaço de bolo (FLEISCHER, 2018). Ainda durante a graduação, Natália foi trabalhar no Governo do Distrito Federal (GDF), mantendo-se em espaços da burocracia estatal, como repartições públicas, salas de reuniões, eventos institucionais. O dia a dia como funcionária do Estado (e como antropóloga à paisana) era a convivência com pessoas de meia idade, engratadas e de salto alto, formais e apressadas.

Segundo desafio: as interlocutoras passaram a ser, principalmente, crianças e adolescentes. Em vez de casas pacatas, Natália passou a frequentar um lugar de pesquisa barulhento e movimentado (semelhante ao centro de saúde); em vez de idosos tranquilos, agora encontraria adolescentes enérgicas e intensas. Jovens essas que conversavam no ritmo delas, no tempo delas, do jeito delas. Foi preciso (re)aprender a etiqueta dessa juventude – suas gírias, seus modos de ganhar confiança, seus abraços constantes como forma de cumprimento – e relevar algumas atitudes por parte dos jovens, afinal, tudo faz parte da aprendizagem “intuitiva e experimental com tais imponderáveis, os quais nem sempre constam nas análises” (BONETTI; FLEISCHER, 2007, p. 7). Enfim, pesquisar em escola não foi simples; não foi somente reconectar-se à infância, ao passado das pesquisadoras.

Destacamos que dialogar, perguntar, ouvir histórias, sorrir com esse tipo de público foi importante e gratificante, pois, geralmente, eram sujeitos espontâneos, com muita energia e disposição; que gostavam de conversar, de perguntar; que interagiam com a pesquisadora,

criando relações, ingrediente fundamental, a nosso ver, para a possibilidade do fazer antropológico. Gostar de falar; dedicar-se a responder perguntas por vezes óbvias, básicas e pueris ou mesmo específicas, detalhistas e repetitivas; contar histórias em linguagem e estilo próprios, todas foram características do público jovem com quem Natália conviveu por seis meses.

Aqui, estamos usando *adolescência*, *jovem* ou *menina*, *moça*, *estudante* de modo amplo, sem a intenção de dividi-las em fases, idades, graus. Ao trabalhar com esse grupo, a pesquisa se beneficia do que nos relata Diniz (2014): a ideia central para pensar uma antropologia da criança (no nosso caso, da adolescência) é colocar essas pessoas como seres sociais ativos, interativos, capazes de se representar e de pensar o mundo à sua maneira. Os adolescentes vivenciam suas experiências e podem, portanto, desestabilizar nosso adultocentrismo “ao repensar categorias sociais a partir das experiências deles”. Assim,

realizar pesquisa com eles [...] exige de nós, adultas, um exercício permanente sobre lembrar a nossa provável posição social a partir da visão das crianças [e adolescentes] e buscar estabelecer diálogos [mais] fluidos. (DINIZ, 2014, p. 46).

Nessa perspectiva, estar em campo com meninas de 10, 13, 16 anos demandava energia extra, pois a pesquisadora tinha de ter

disposição para estar com elas, no grupo delas, como uma amiga. Uma amiga adulta que brincava com elas, ouvia o que elas tinham a dizer, que conversava sobre os assuntos que lhes interessavam. (DINIZ, 2014, p. 49).

Posteriormente, seguimos com essa reflexão sobre a amizade em campo.

Pereira (2016) também trabalhou com experiências juvenis em escolas públicas das periferias em São Paulo. A escola na qual Natália centrou sua pesquisa no DF pode ser tida como detentora de uma estrutura global e também de estruturas locais, assim como a escola paulistana por que Pereira passou. Global, como “um dispositivo educacional ou

disciplinar, com o objetivo de formação de sujeitos” (PEREIRA, 2016, p. 13), e local, como espaço de descrição das realidades específicas dos lugares em que esse estabelecimento de ensino se situa perante seus atores.

Para melhor compreensão dessas diversas manifestações, práticas e situações vividas em campo, pensamos ser necessária uma apresentação prévia do *lugar* da escola. Esse termo retoma os estudos de Marc Augé (2005, *apud* SÁ, 2014), como a localização de uma comunidade social no tempo e no espaço, como também o caráter identitário, relacional e histórico daquele sítio. *Lugar* é um espaço no qual se imprime um grau de afetividade que resulta das vivências, pois “parte de uma concepção do espaço físico e do espaço social estão juntos, um não existe sem o outro” (SIMMEL, 1992, p. 601, *apud* SÁ, 2014, p. 32).

Consideramos que detalhar, de diferentes formas, o *lugar* não é apenas falar do espaço, mas falar das pessoas que ali estão. Essa visão inclui todas as funcionárias e a antropóloga que ali trabalhavam e, sobretudo, seu principal público, as adolescentes da escola. Tal posicionamento é muito importante, pois demonstrou como elas viam e percebiam sua realidade local. Segundo Pereira (2016), da mesma forma que itens, como telefones celulares, bermudas de marcas, tênis, maquiagem, fazem, cada vez mais, parte do cotidiano juvenil, o reposicionamento das relações, das noções de espaço e de lugar dos jovens pode ser utilizado por eles como elemento de autorreconhecimento e de reconhecimento mútuo.

Os *lugares* em campo da pesquisadora tornaram-se fonte de reflexão. Esses eram *lugares* onde a pesquisadora mais convivia, conversava, conhecia gente, lanchava, sorria, até parava para descansar. Outros eram *lugares* estritamente de pesquisa, como a Sala de Orientação Educacional (SOE), o primeiro e principal *lugar* em campo para a primeira autora.³

³ O SOE era a sala das orientadoras educacionais, as quais participavam ativamente da vida interpessoal das alunas. Essas profissionais possuíam trânsito livre na escola e nas salas de aula, marcavam encontro com os pais, entre outras atividades. O orientador educacional é um dos membros da equipe gestora, ao lado do diretor e do coordenador pedagógico. Ele é o principal responsável pelo desenvolvimento pessoal

Falar de personagens, de cenários e de lugares nesta pesquisa sobre escola e vacinação foi importante para contextualizar os tipos de relações sociais encontradas e desenvolvidas em campo. Trata-se de falar sobre alguns aspectos da cultura escolar ali existente, de buscar vislumbrar uma parte da complexa rede que o espaço social da escola proporciona. Particularmente, como antropólogas, trata-se de repensar nossa presença em campo e de buscar conhecer, por meio das próprias relações sociais que ali ajudamos a estabelecer, o que as estrutura.

Para sintetizar e retomar uma discussão anterior: Natália não se tornou *tia*, como geralmente são chamadas as pessoas que trabalham com crianças e jovens, mas uma amiga, a qual abraçavam toda vez em que se viam, com quem dividiam o lanche no intervalo, por quem perguntavam quando sumia por um tempo, com quem andavam, a quem chamavam para ir “lá em casa”, a quem ouviam atentamente, a quem sorriam. Claro que, para um grupo curioso como as adolescentes, a pesquisadora, mais jovem do que as professoras, porém, menos jovem do que as estudantes, era uma figura liminar e, também por essa razão, atrativa por diversos motivos: por transitar mais livremente entre vários lugares, inclusive, em alguns proscritos às estudantes; por conversar com as professoras e por portar utensílios incomuns (como cadernos fora da sala de aula, máquina fotográfica fora dos espaços de lazer). Não foi apenas a simpatia que a favoreceu nessa relação, mas a atenção que despertavam seus elementos de identificação. Afinal, quais elementos que carregamos servem para nos posicionar em campo? Eles podem indicar alguns papéis sociais que serão ocupados em campo. Falaremos deles adiante.

Para fechar a seção, é bom deixar outra dica: encontre um espaço em campo em que você seja notada/o; onde ocorram possibilidades de conversas, de pesquisa. No caso desta investigação, foi o pátio interno, local onde ficava a cantina, com mesinhas e com bancos de concreto e com bebedouros, e a quadra de esporte. Ali se faziam refeições, sentava-se para uma conversa, encontravam-se as amigas; eram os lugares

de cada aluno, dando suporte à sua formação como cidadão, à reflexão sobre valores morais e éticos e à resolução de conflitos. (PASCOAL, 2008).

de maior sociabilidade entre as adolescentes. Eram alguns dos *lugares* em campo da pesquisadora. Natália costumava passar os intervalos na cantina, em uma mesinha. Sempre chegava alguém para conversar. Geralmente, as desconhecidas a abordavam: “O que você faz por aqui?” Era uma oportunidade para contar sobre a pesquisa, usar uma linguagem leve e, por vezes, conseguir uma entrevista após o intervalo. Esse era um espaço específico que refletia a juventude múltipla e efervescente da escola e um caminho para acessar as informações da vacina, tão caras à pesquisa. Atentemos a esses locais mais sensíveis à nossa presença.

4. Lidando com os papéis recebidos na pesquisa: fotógrafa, nova professora, estagiária, filha da professora

Figura 3: Identidades. Março, 2016



A pesquisadora dentro da escola transitou por diversos personagens. Natália não esperava ser vista como pesquisadora, muito menos, como antropóloga, como raramente somos categorizadas. Parecem ser os adereços que carregamos e que decidimos (mais ou menos conscientemente) revelar que nos conferem identidade, funcionando melhor do que qualquer explicação que possamos oferecer sobre o nosso trabalho. Por exemplo, usar o caderno de campo, anotar em público e carregar uma câmera a tiracolo associou a pesquisadora à identidade de jornalista ou fotógrafa. Quando entrava em alguma sala com papéis e um coque nos cabelos, diziam: “Acho que ela é a nova professora”. Para a vice-diretora da escola, ela foi tida como estagiária vinda de alguma faculdade próxima devido ao seu entra e sai das salas de aula, embora, toda vez que estivesse com essa funcionária, Natália repetisse o que fazia ali na escola. Quando não, era entendida como mais uma funcionária da casa pela frequência com que a viam, pois, como diziam, “Essa aí já é servidora, vive lá na escola”. A identidade de antropóloga é geralmente exótica ao senso comum, precisando ser constantemente relembrada e construída paulatinamente nas relações com as pessoas. Entretanto, entre todos esses possíveis papéis, aquele que mais a definiu e marcou em campo foi o de *filha da professora*.

Esse é um fato que precisa ser contado em detalhes. Por coincidência, a escola que ainda receberia a vacinação naquela RA era também onde uma parenta de Natália trabalhava. Não era um primo distante de quarto grau, era sua mãe. Ter alguém muito próximo em um ambiente novo apresentou seus louros, mas também seus agouros. Apenas a título de contextualização, à época em que a pesquisadora começaria seu trabalho, essa escola estava atrasada no calendário vacinal. Portanto, a poucos dias de receber a equipe sanitária com seus apetrechos perfurantes, sua mãe comentou sobre a visita, e Natália prontamente aceitou conhecer a escola mais de perto.

Foi então sua mãe que abriu as portas da instituição. Esse contato foi muito importante. Ela foi uma interlocutora privilegiada. Apresentou Natália à diretora, às vice-diretoras e a todas as professoras e demais funcionárias. Ajudou a localizar as garotas que tinham

(e que deliberadamente não tinham) aceitado ser vacinadas, a encontrar as mães com quem seria possível conversar sobre essa campanha. Entretanto, não houve um dia sequer em que Natália não tenha estado na escola e que sua figura não tenha sido associada à de sua mãe, àquela professora específica da escola. “Olha a filha da professora”, “É a xerox da Fulana!”, “Olha, sua mãe estava te procurando”, “Você é a própria Fulaninha 2” foram comentários ouvidos com frequência. A primeira autora, como também foi vivido pela segunda autora (FLEISCHER, 2011), não sabia, até aquele momento, que havia tanta semelhança física com outra pessoa, tantas foram as comparações. No caso de Soraya, em sua pesquisa em uma pequena cidade amazônica, a longa convivência anterior com as parteiras da região e com uma enfermeira pernambucana foi definitiva para garantir a transmissão de confiança e de amizade. Soraya era simplesmente chamada de *A Xerox*.

Como seria inevitável que a informação sobre o parentesco já fosse sabido pela equipe escolar, Natália combinou com sua mãe que, na frente das estudantes, ao menos, tratar-se-iam de maneira mais contida, diríamos, profissional, para que sua relação não gerasse curiosidade extrema e pudesse interferir no andamento da pesquisa e, sobretudo, na manutenção do foco sobre o HPV e sua vacina. A pesquisadora receava que as alunas ficassem tímidas nas conversas e nas entrevistas por saberem que era filha de uma professora dali e que talvez a hierarquia entre docentes e discentes pudesse ser projetada sobre a antropóloga. Então, a mãe sempre falava: “Pessoal, a pesquisadora precisa conversar com duas meninas”, “A Natália vai acompanhar uma de vocês hoje” ou, simplesmente, mãe e filha negavam ou desconversavam quando perguntavam sobre o parentesco, ainda que as estudantes estivessem atentas à aparência física. Estas, porém, insistiam ou “jogavam verde”, uma astúcia juvenil recorrente. “Quando não conseguíamos representar bem essa distância, contávamos a verdade, porém, pedíamos discrição”. Aqui inspiramo-nos em Goffman (2014), que afirma que grande parte do comportamento das pessoas no cotidiano é semelhante ao de atores no palco, pois os indivíduos e os grupos estão constantemente representando uns para os outros.

Uma vez negociado e compreendido o que está em jogo em uma dada interação, o indivíduo passa a gerir a apresentação do seu Eu (*Self*) em relação às impressões anteriormente estabelecidas, com vistas a alcançar objetivos formulados previamente, de maneira consciente ou não. (GOFFMAN, 2014, p. 119).

Outra sugestão para lidar com questões mais sensíveis em campo foi exatamente reconhecer e dar voz a essas questões, o que, por um tempo, mãe e filha não estavam fazendo e que, em pesquisas anteriores, Natália e Soraya demoraram a aproveitar (BEZERRA, 2015; FLEISCHER, 2010):

Surgiram, contudo, algumas sugestões de estratégias para se lidar com os “riscos”. Visibilizá-los é a primeira delas, o que significa defrontar-se com eles e incorporá-los como um eloquente dado de campo que, por exemplo, revela ao etnógrafo como ele está sendo compreendido naquele contexto específico da pesquisa ou revela os limites que existem e que precisam ser respeitados pelo visitante e os visitados. (BONETTI; FLEISCHER, 2007, p. 13).

Rangel (2015), que desenvolveu pesquisa no circo em que sua mãe trabalhava, afirmou que fazer etnografia como filho não foi um empreendimento difícil, pois ele sempre se lembrava de que

O familiar não é necessariamente conhecido, o que faz diferir as nossas pesquisas parece ser menos o grau em que admitimos habitar relações prévias ao campo e mais em que medida as levamos a sério. O meu trabalho foi o de me acolher com profusão em relações reconhecendo que seriam elas o que eu intentaria descrever, e não meras derivas autocentradas. (RANGEL, 2015, p. 150).

Decidimos, com base no conselho de visibilizar os riscos, deixar fluir as situações em que o parentesco surgia, afinal, elas faziam parte

de nossas vidas, da rotina dessa escola e, naquele momento, da pesquisa de campo em curso. Querendo ou não, dados etnográficos também surgiram, foram registrados e agora, neste capítulo, por exemplo, geram reflexões relevantes. Entre os espaços que estrategicamente foram aproveitados por Natália para suscitar o debate sobre o HPV naquela escola, a presença de sua mãe foi muito mais proveitosa do que deletéria. A administração local sentiu-se mais confortável de deixar entrar ali alguém já conhecido; a confiança mútua foi construída de modo mais rápido; o fato de ser uma filha (e não um filho) pesquisadora também facilitou para que a direção permitisse que meninas estudantes fossem abordadas para falar de vacina, de sexualidade e de infecções sexualmente transmissíveis (IST); não foram notadas recusas, por parte dos interlocutores, em decorrência dessa filiação. Pelo menos, não de modo explícito. A presença do familiar, literalmente, nesse caso, ajuda-nos a desconstruir os ímpetos de heroísmo, de onipresença, de controle, de previsibilidade, de neutralidade que a disciplina ainda insinua serem condicionantes para a qualidade da antropologia produzida.

Por mais que a familiarização do exótico ou o estranhamento do familiar (VELHO, 1988) sejam movimentos necessários e desejados em nossa prática, parece que a Antropologia consensua ao redor de um limite. Ele anuncia que o “risco de proximidade” ainda persiste porque sustentamos o mito da objetividade e neutralidade como sinônimo de qualidade e excelência acadêmicas. Rever mais este mito, como lembrou uma partícipe, “é um risco epistemológico”, que por sua vez, “é sempre um risco político”. Acreditamos que ambos os riscos ajudam a avançar a disciplina. (BONETTI; FLEISCHER, 2007, p. 11).

Portanto, como esperamos ter ficado claro nesta seção, apostamos em duas frentes epistemológicas: por um lado, refletir sobre os variados papéis recebidos pela pesquisadora e, por outro lado, assumir, analiticamente, os riscos que daí decorreram.

5. Lidando com os papéis propostos à pesquisa: a antropóloga visual

Figura 4. Pichações jocosas nos corredores da escola. Abril, 2016



Fonte: Bezerra (2017, p. 108).

Uma das melhores descobertas feitas por Natália, no mestrado, foi o encontro com a fotografia. Como antropóloga, nunca tinha se dado conta de que trabalhar com imagens seria tão positivo e, ao mesmo tempo, desafiador. A antropologia visual é um campo múltiplo de teorias, de imagens e de representações. Ela oferece a possibilidade de uso e de reflexão acerca de produtos audiovisuais em um contexto de pesquisa. Segundo Guran (2000, p. 99), “o que se espera das fotos é que elas tenham o máximo de eficácia quanto à transmissão da informação”. A eficácia de uma foto está ligada a uma boa cena, a uma sequência bem-planejada, às legendas, ao conteúdo que se pode apreender delas. Ela ilustra e complementa (por vezes substitui) o texto.

Atualmente, a antropologia visual apresenta-se complexa, pois envolve questões profundas em seu fazer, tais como metodologia, epistemologia, técnicas visuais, ética. Entre seus temas e desdobramentos, há uma abordagem que se destaca há mais de meio século, a etnoficção. A ideia da etnoficção foi eventualmente utilizada na pesquisa aqui abordada. Seu fundador foi Jean Rouch, antropólogo francês, criador de renomados filmes, como *Os mestres loucos* (1954-1957); *Eu, um negro* (1959); *Petit a petit* (1970). De modo geral, tem-se uma etnoficção quando

existe uma espécie de mistura entre documentário e ficção na área da antropologia visual. Refere-se a um filme cujas personagens, nativos, recorrendo a uma narrativa ficcionalizada ou à pura imaginação, muitas vezes improvisando, desempenham o seu próprio papel como membros de um grupo étnico ou social. (ALTMANN, 2010, p. 4).

Rouch assim fez. Ao longo de sua carreira, deu voz, muitas vezes literalmente, a seus interlocutores, o que acabou por conferir a seus filmes um viés participativo. Longe de empreender uma etnificção à *la Rouch*, a proposta foi usada, na pesquisa aqui considerada, como uma maneira de trazer imagens de um momento que não mais existe, justamente o dia em que a escola recebeu a campanha da vacinação. Como esse dia aconteceu no ano de 2015, quando a pesquisadora ainda não estava trabalhando com a câmera, ela propôs, às interlocutoras, a montagem e a representação de algumas cenas do dia da vacinação. Para exemplificar, a Figura 1 mostra as meninas em fila aguardando sua vez de vacinar. Tal foto não foi tirada no dia da vacinação, mas, com a ajuda das interlocutoras, a cena pôde ser retratada, refeita.

A necessidade de obter imagens fotográficas de um processo que não mais aconteceu ou aconteceria, mas que precisava ser remontado e que era possível de ser representado pelas pessoas e, ao mesmo tempo, ajudaria a suscitar um debate sobre o fenômeno vacinal, fez com que a opção pela etnificção se mostrasse factível e também proveitosa à pesquisa. Trabalhar com o tema das vacinas e não fazer imagens óbvias (tais como pessoas sendo vacinadas) conferiu, a essa experiência, um dos pontos altos da produção.

Pesquisar sobre vacinas pode tocar uma realidade subjetiva, pois apresenta aspectos não tangíveis, não mensuráveis, como sentimentos, dores, ações, reações, processos e falas, logo, difíceis de retratar, de transformar em imagem, razão da tentativa da etnificção. As interlocutoras poderiam ser acionadas a (re)contar como foi a vacinação, a ajudar a (re)montar o caminho da vacina pela escola, a (re)encenar seus próprios papéis no caminho que a vacina HPV percorreu ali dentro. As fotos representam, desde o momento em que a vacina foi negociada entre

o centro de saúde e a direção da escola, até a pós-vacinação, quando os braços ainda estariam doloridos e a fila se dispersaria na volta à sala de aula. Essa foi uma saída encontrada para apresentar a vacina por outro recorte que, embora retrospectivo, não fosse unicamente biomédico nem discursivo.

Em um segundo momento, este realizado no ano de 2016, Natália foi a campo com a máquina. Buscou retratar o que chamasse sua atenção, o que ajudasse a entender aquele espaço e seus atores e a retratar o que as palavras não alcançavam. A essa altura, sentiu-se mais livre, menos preocupada com o aparelho. Tirou fotos dos lugares por onde andou, das pessoas com quem conversou, sempre quando autorizada, preocupando-se com os cuidados quanto à proteção da identidade das adolescentes. Conforme surgiram temas a serem debatidos, utilizou as imagens para ilustrá-los e estimular o debate.

Resolveu inovar e testar algo com a câmera: tornar visíveis as relações que, por vezes, estavam no âmbito do não dito. Optou por falar sobre as interlocutoras por meio das pichações e dos grafites encontrados nas paredes da escola. Interessou-se ao refletir:

Como negar que a pichação, sendo ou não aceita, se tornou um ato de intervir em algo já existente, provocar reações diversas, direcionar e alterar olhares para um fato ou lugar dentro da banalidade cotidiana, reinventando-a? (VAZ; OLIVEIRA, 2012, p. 1).
Fui andando pelos corredores e observando atentamente. Fotografava quando achava algo legal. Foi então que um garoto gritou para mim da janela de sua sala: “Tá doida, tá tirando foto de parede!?” Acenei e sorri. E andei. E fotografei mais. (Diário de campo, não publicado).

Para muitos, poderiam ser apenas fotos de paredes, algo beirando a loucura, e Natália se sentiu desconfortável com o uso dessa técnica. Contudo, era também um olhar inédito, que permitiu trazer aquelas imagens para o texto, como mais um caminho para compreender as relações de campo.

Entretanto, ela não quis focar apenas a violência na escola, visto esta dominar os desenhos e as frases. Seria preciso falar dela, pois era

real, mas não como objeto único e final. Quis mostrar que havia outras expressões: de amor, de paquera, de representações que contextualizavam a escola e as pessoas naquele lugar, pois entendemos que inscrições nas paredes são autodefinições – os jovens falando de si por eles mesmos, sem mediação, sem tradução. Frente a uma escola que, em muitos momentos, pode ser normalizadora de corpos e de atitudes, falar delas é ver mais do que seu caráter supostamente delinquente ou artístico; é considerar sua intenção, as relações que se originam, o arranjo que propõem.

Pensando a prática educativa como algo que permite ao estudante construir maneiras de ver a si e ao mundo, a pichação não é utilizada para fixar discursos, levando indivíduos a subordinarem-se a ela, mas para desencadear interpretações que não dizem respeito apenas ao objeto, mas a um posicionamento sobre nossas relações com o mundo. Basta entrar em uma escola para percebermos o quanto marcas pessoais são deixadas pelos jovens, indicando sua passagem por ela. (VAZ; OLIVEIRA, 2012, p. 4).

Essas marcas, a bem da verdade, estão na contramão da “eficácia dos mecanismos de vigilância e de poder de Foucault” (PEREIRA, 2016, p. 16). São táticas que, segundo De Certeau (2009, *apud* PEREIRA, 2016), articulam os detalhes do dia a dia, configuram uma antidisciplina e expressam a cultura da juventude contemporânea com que se conviveu ali dentro. O autor ainda aponta para

a importância de se atentar para certos procedimentos criativos do cotidiano que são postos em prática pelos atores e que geram dissonâncias na efetuação do poder pelas redes microscópicas de vigilância e controle de instituições como a escola. (DE CERTEAU, 2009, *apud* PEREIRA, 2016, p. 18).

A ideia foi pensar o mundo social por outros caminhos. A maioria das pichações foi feita nos corredores da escola, nos muros internos, nas portas do banheiro, nas paredes das salas de aula. Em contrapartida,

os grafites foram encontrados nos muros externos virados para rua, nas paredes da entrada da escola; ao lado da biblioteca, das salas de recursos; nos pátios, nos locais de sociabilidade juvenil. Pichações revelavam brincadeiras que ocorriam entre alunos e alunas; contribuíam para explicitar a ambiguidade das relações de gozação e de gênero, que carregavam consigo certo clima amistoso, mas que também marcavam o conflito aberto entre alguns dos jovens. Eles estão a todo tempo reinventando o espaço escolar e a reprodução social da instituição. Essas diversas dimensões da vida humana, segundo Pereira (2016), são aspectos a serem valorizados pela pesquisadora por se mostrarem importantes para a compreensão dos dados acessados na pesquisa. Por trazer todos esses componentes, a construção acerca da saúde não se faz sozinha no meio social, ela utiliza vários instrumentos para se desenvolver.

Com as fotografias, buscamos conhecer as dinâmicas juvenis daquela escola e pensar nos modos como elas poderiam contribuir à pesquisa sobre uma vacina. Alguns questionamentos iniciais foram: por que falar de cenário, físico ou recôndito, é importante em um contexto de saúde? Por que explicitar as violências nas relações interpessoais é válido? Como essas imagens podem influenciar os dados de alguma forma?

Seguindo os passos de Peirano (2014), a etnografia não tem modelo pré-definido e nem momento certo para começar e acabar. Todos esses dados apresentados, desde o início, fizeram parte e compuseram a análise do processo vacinal em si. Segundo essa autora,

a empiria – eventos, acontecimentos, palavras, textos, cheiros, sabores, tudo que nos afeta os sentidos – é o material que analisamos e que, para nós, não são apenas dados coletados, mas questionamentos, fonte de renovação. (PEIRANO, 2014, p. 6).

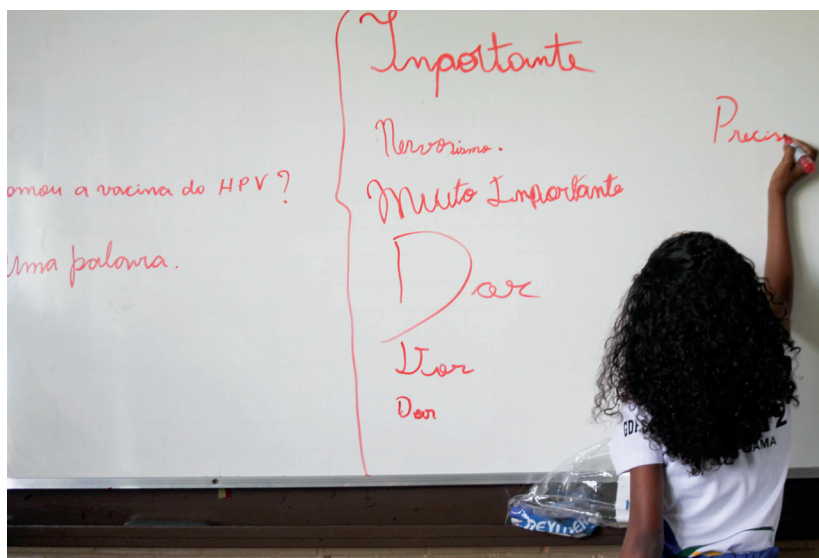
Apresentar esse recorte socioespacial contribuiu para um olhar mais acurado sobre o contexto no qual a vacina estava inserida, ou melhor, participando.

Afinal, a pesquisadora também virou fotógrafa em campo, mas por que tirar fotos das paredes? Por que trazer a pichação para discutir saúde?

A ideia foi ser fiel à realidade encontrada e percebida em campo, pois validou e ilustrou outras questões que se apresentaram ao logo do trabalho, como o possível distanciamento do olhar da escola frente às questões de saúde; a zoação constante e reveladora das relações sociais no dia da vacinação; a estreita relação entre saúde e religião; os tabus para tratar de sexo, de sexualidade e de orientação sexual; a moralidade de casa reproduzida na escola. Pontualmente, falar do grupo pesquisado descrevendo o lugar em que ele estava e onde se davam suas relações, amistosas ou não, foi relevante por ser mais um ângulo de análise dos dados e dos fatos encontrados, tornando-nos mais sensíveis para questões raramente consideradas na análise dos dados, como os tipos de violências perpetrados no ambiente escolar. O instinto etnográfico foi acionado (PEIRANO, 2014); a violência não deixa de ser um fenômeno da escola, mas é também da sociedade (PEREIRA, 2016), razão pela qual não poderia deixar de aparecer aqui como parte do cenário que a vacina e a pesquisadora encontraram na escola.

6. Ponderando sobre questões ético-metodológicas

Figura 5. Expressões acerca da vacina HPV. Dezembro, 2015



Fonte: Bezerra (2017, p. 131).

“A antropologia é resultado de uma permanente recombinação intelectual” (PEIRANO, 2014, p. 3). Como a etnografia é muito mais uma maneira combinada de diferentes formatos de se fazer pesquisa, ela permite, ao/à pesquisador/a, uma abordagem aprofundada das questões a que se propõe estudar e/ou, sobretudo, que surgem como relevantes para os/as próprios/as interlocutores/as com quem se convive em campo.

Muitas vezes, vamos a campo com alguns temas pré-determinados, buscando encontrar respostas para certas perguntas que nos foram inspiradas pela literatura conhecida de antemão. Entretanto, quando nos deparamos com a riqueza de detalhes oferecidos por nossos interlocutores, descortinam-se novos temas que merecem ser levados em consideração ou até merecem uma pesquisa exclusiva, com foco e rumo totalmente distintos do que havíamos aventado no início. Aí reside a novidade dos métodos na antropologia, como Peirano (2014) afirmou. Eles permitem, até certo ponto, que a pesquisa agregue novas temáticas. Ainda que o ponto de partida tenha sido a vacinação do HPV, foi nas escolas que esse mundo social se abriu. A mudança de foco (e o desapego que é exigido por parte das pesquisadoras) que a perspectiva antropológica permite, especialmente pelo uso da etnografia, tem a vantagem de evitar que enormes dicotomias surjam entres os atores sociais e a investigadora ou que pressupostos e naturalizações por parte da segunda ocultem a perspectiva dos primeiros.

A presente pesquisa, ao priorizar a voz dos sujeitos estudados, em especial das meninas que foram alvos da campanha do Ministério da Saúde e do GDF, não teve, *a priori*, a intenção de produzir generalizações para todos os grupos que se assemelhem ao estudado. Relembrando algo dito anteriormente, a etnografia funciona como uma fotografia, que capta *certo* momento em *certa* situação, não se pretendendo fixa, muito menos, eterna. Por isso mesmo, quando narramos os fatos aqui e na dissertação, primamos pelo tempo verbal no pretérito, a fim de fixar essa ideia.

A pesquisa se realizou por meio da convivência com os sujeitos em campo, os quais foram se mostrando dispostos e interessados em participar dela. Com concordância voluntária, entrevistas foram realizadas por meio de um roteiro de perguntas semi estruturado, quando

possível. Conversas informais e inesperadas também se tornaram fontes importantes de informação. Nos casos de entrevistas, a gravação foi usada, mediante permissão e, depois, transcrita. Natália pôde conversar com diferentes atores em campo, como contado anteriormente.

Para a entrada na escola, Natália apresentou seu projeto de pesquisa e o comprovante de vinculação ao Departamento de Antropologia à vice-diretora. Qualquer outro tipo de documento ou parecer do Comitê de Ética não foi solicitado. Para grande parte dos antropólogos da contemporaneidade, a tramitação de seu projeto de pesquisa pelo sistema CEP/Conep não é tida como obrigatoriedade inquestionável e antecipada à entrada no espaço em que será realizada a pesquisa, como o é para muitas outras áreas, entre elas, aquelas da saúde. Como tem sido amplamente discutido na antropologia, passamos nossos projetos por esse sistema quando essa é uma etapa que se mostra relevante e condicional para nossos/as interlocutores/as (VICTORA *et al.*, 2004; FLEISCHER; SCHUCH, 2010; SARTI; DUARTE, 2013). Nossa postura ética é valorizar e honrar as condições que nos são apresentadas por nossas interlocutoras, em cada espaço de pesquisa específico. Ainda assim, Natália achou importante solicitar, à direção, um Termo de Concordância por parte da escola com relação à realização de sua pesquisa e, se necessário, nele fazer constar regras e limites para sua atuação. Esse documento foi elaborado e assinado pela diretora contendo a carga horária semanal da pesquisadora ali e a data de início e de término da pesquisa.

No entanto, o documento não nos eximiu de pensar as especificidades de uma pesquisa com menores de idade, de modo que também a proposta do Termo de Concordância por escrito foi necessária, para autorizar essa presença e pesquisa nas dependências da escola, mas não só isso. Natália teve o cuidado de conversar com as adolescentes sempre em grupo, geralmente, na sala do SOE. Quando esta era usada para outros fins, a pesquisadora optou por ficar sempre em locais públicos, como o pátio aberto, visível e centralmente localizado dentro da escola. Tomamos essas precauções porque falar de vacina HPV era, por vezes, fazer brotar temas como sexo, sexualidade, corpo, relacionamentos,

emoções. Tanto para a escola, quanto para estudantes, funcionárias e comunidade de pais e mães, eram temas espinhosos.

Ainda em termos de ética em pesquisa, omitimos o nome e a localização da escola e de seus atores. As fotografias, inclusive, primaram por esse velamento também, sempre evitando que corpos, personagens e histórias fossem identificados. Como pôde ser visto neste capítulo, as imagens que escolhemos fazem cortes e ângulos propositais que evitam olhos, rostos, marcas personalizadas de roupas, movimentos, materiais escolares. Afinal,

escolher pseudônimos para as pessoas que participaram da pesquisa é um recurso metodológico que identifica as interlocutoras e os interlocutores como sujeitos da pesquisa e ameniza a possibilidade de essas pessoas serem identificadas por outras pessoas que não aquelas que participaram dos momentos relacionais vivenciados – é preciso considerar que é inevitável o reconhecimento de si e de outras pessoas do grupo pesquisado através das histórias fixadas neste texto. (DINIZ, 2014, p. 35).

Além disso, não pretendemos, em momento algum, fazer uma antropologia de denúncia ou de julgamento. Assim, não marcamos as falas e as histórias aqui reunidas com nomes pessoais. Optamos também pelo plural feminino, dada a presença majoritariamente de mulheres – professoras, profissionais de saúde e estudantes – entre as pessoas com quem Natália conversou. Essa é uma escolha estatística, ética, mas, sobretudo, política (FLEISCHER, 2018, p. 53), uma vez que estamos a rever “uma regra da escrita acadêmica”, o plural no masculino, “que, muito mais do que meramente gramatical, tem profundidade histórica e masculinista” (FLEISCHER, 2018, p. 53).

Natália participou de eventos da escola, de reuniões de pais e mestres e frequentou esse lugar em alguns fins de semana, quando tinham lugar os jogos escolares. Registrou os dados encontrados no caderno de campo; quando permitido, gravou as entrevistas e, para memória, organização e registro sistemáticos, os diários de campo foram escritos sempre

no mesmo dia da observação, com base em anotações no caderno e das entrevistas. Um tomo cronológico de diários de campo também foi montado e impresso, a fim de ajudar na organização e na periodização dos dados.

Todo esse percurso metodológico contribuiu de maneira intensa para a tentativa de pensar e de descrever o que nos propusemos a conhecer com esse estudo sobre a vacinação do HPV em uma escola do DF e de (re)pensarmos nossas práticas antropológicas de pesquisa, afinal, “ninguém nega que somos parte da realidade que pesquisamos. [...] ao reconhecer que existem outros ‘territórios’, ele – a pesquisadora – alcança a reflexividade almejada” (FONSECA, 1999, p. 65).

Sinalizando comentários finais

Figura 6. Volta às atividades rotineiras pós-vacinação.
Dezembro, 2015



A reflexividade na antropologia é uma oportunidade importante para entendermos que tipo de pesquisa queremos desenvolver, especialmente, no campo da saúde. Não importa muito se o campo se estabelece dentro de um ambiente naturalizado como biomédico, como hospitais ou postos, escola pública ou mercado. O importante é considerar que temas e relações acontecem ali e dinamizam especificamente questões e contradições que desejamos conhecer mais a fundo. No caso deste trabalho, por que uma escola não poderia ser cenário para a vacina, por que jovens não seriam personagens autorizados a falar de um medicamento especializado, por que a filha de uma professora não poderia virar pesquisadora, por que fotos de paredes não poderiam se transformar em dados etnográficos? Tudo isso **é dar asas à imaginação**, em vez de ser tomado como obstáculo à objetividade da antropologia. Pode se tornar uma solução para lidar com algumas questões que não encontravam tão evidentes representações.

Pensar a vacina HPV para além de seus sentidos mais comuns – um avanço tecnológico para a saúde, uma dádiva a ser aproveitada, uma proteção às mulheres. Ela foi entendida como uma substância política, politizada, politizável justamente porque suscitava muito mais do que apenas a produção de anticorpos. Suscitava debates sobre moralidade, sexualidade e gênero e não apenas sobre saúde; suscitava debates sobre a escola, a hierarquia, os conflitos, não apenas sobre centros de saúde; suscitava debates sobre antropologia, ética, parentesco e cidadania, não apenas sobre medicina e saúde pública.

Ao contrário do que geralmente acontece com temas de pesquisa na área da saúde, Natália não foi associada à autoridade biomédica porque decidiu não entrar na escola acompanhando, por exemplo, as funcionárias do centro de saúde que ali apareceram com suas caixas de isopor. Não vestiu, portanto, o jaleco visível ou invisível (FLEISCHER, 2011), como acontece com tantas antropólogas que escolhem realizar suas pesquisas em contato com instituições, com profissionais e com temas relacionados à saúde. Porém, ela foi associada, na pesquisa de mestrado, a uma professora e a uma mãe, os dois papéis que, crucialmente, definem o contexto de autoridade em um ambiente escolar e que, no cenário específico de uma campanha sanitária, são as duas figuras

que geralmente tomam a decisão (ou não) pela vacina. A presença de sua mãe poderia ter sido altamente arriscada, colocando-a sob suspeita ao ser entendida como leva e traz entre a sala de aula e a coordenação, mas ser filha – e, por contiguidade, ser estudante – pesou mais, e ela foi mais facilmente associada ao mundo do alunado do que ao do professorado. Assim, ter a mãe por perto colocou Natália mais próxima das estudantes do que das professoras ou da direção; colocou-a mais próxima de quem recebe do que de quem decide e administra uma vacina. Foram o parentesco, a **filha** que obedece aos desígnios de uma mãe; a universidade, que a mantinha na condição de **estudante**; e depois, a fotógrafa interessada nas *bobagens* escritas pelas jovens nas paredes os papéis que lhe permitiram ficar mais próxima justamente de seu público principal, as alunas, e ser aceita no rol de suas amigas.

Se *Argonautas do Pacífico ocidental* (MALINOWSKI, 1976) constitui ainda um exemplar texto etnográfico da nossa área em termos de escrita etnográfica e de imersão, hoje os desafios do campo são outros, mas não necessariamente antagônicos. Se o olhar, o ouvir e o escrever (OLIVEIRA, 1996) compõem o *ethos* do nosso ofício, essas ações puderam aqui ser incrementadas ao considerarmos a sensibilidade, o fotografar, a coautoria, a reflexividade antes, durante e após a pesquisa. Quem diria que escola, adolescentes, mães, fotos, paredes, vacinas dariam tantas combinações e seriam tão úteis para mostrar a vacinação, uma das práticas mais comuns da saúde pública brasileira, sob perspectiva inesperada, provocadora, nova? A vacina retoma assim seus provocadores horizontes, atualizada nos contextos urbanos específicos do século XXI.

Referências

- ALTMANN, Eliska. O real imaginado: etnografia, cinema e surrealismo em Jean Rouch. *Mana*, v. 16, n. 1, p. 233-236, 2010.
- BARBIERI, Carolina; COUTO, Marcia. Cuidar e (não) vacinar no contexto de famílias de alta renda e escolaridade em São Paulo, SP, Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, n. 20, p. 105-114, 2015.

BEZERRA, Natália Almeida. *Bombinha, relóginho ou pera: o uso de equipamentos biomédicos no cuidado da saúde de pessoas vivendo com hipertensão e diabetes na Guariroba, Ceilândia-DF*. 95 fl. Monografia (Bacharelado em Antropologia) – Universidade de Brasília, Brasília, 2011.

BEZERRA, Natália Almeida. *Tá de trelelé: quando a pesquisadora passa a ser alvo de fofocas em campo*. In: REUNIÃO EQUATORIAL DE ANTROPOLOGIA, 5.; REUNIÃO DE ANTROPÓLOGOS DO NORTE E NORDESTE, 14., 2015. *Anais...* Alagoas: Ufal/Unit, 2016.

BEZERRA, Natália Almeida. *Quando a vacina entra na escola: o mundo social da vacina HPV em uma escola pública do DF*. 2017. 223 f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social)– Universidade de Brasília. Brasília, 2017.

BONETTI, Alinne; FLEISCHER, Soraya (org.). *Entre saias justas e jogos de cintura*. Florianópolis/Santa Cruz do Sul: Editora Mulheres/Edunisc, 2007.

CANESQUI, Ana Maria. *Adoecimentos e sofrimentos de longa duração*. São Paulo: Hucitec, 2015.

COLUCCI, Claudia. Vacinação contra vírus HPV divide opinião de médicos. *Folha de São Paulo*. [Cotidiano, 02/02/2014]. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2014/02/1406378-vacinacao-contra-virus-hpvdivide-opiniao-de-medicos.shtml>. Acesso em: 16 jun. 2015.

CORREIO BRAZILIENSE. *Distrito Federal é modelo para campanha nacional de vacinação contra HPV*. [09/02/2014]. Disponível em: https://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/cidades/2014/02/09/interna_cidadesdf,411918/distrito-federal-e-modelo-para-campanha-nacional-de-vacinacao-contra-hpv.shtml. Acesso em: 3 out. 2018.

DINIZ, Cassianne Campos. *Quem inventou o sexo?: experiências cotidianas de crianças e professoras acerca de gênero e sexualidade*. 173 f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Universidade de Brasília, Brasília, 2014.

FLEISCHER, Soraya. Hematomas, terçados e riscos. *Teoria & Pesquisa*, n. 19, p. 50-70, 2010.

FLEISCHER, Soraya. Uma antropóloga em um campus universitário da saúde. *Tempus: Actas de Saúde Coletiva*, v. 5, p. 235-252, 2011.

FLEISCHER, Soraya. *Descontrolada: uma etnografia dos problemas de pressão*. São Carlos: Editora Universitária, 2018.

FLEISCHER, Soraya; SCHUCH, Patrice (org.). *Ética e regulamentação na pesquisa antropológica*. Brasília: Letras Livres; Editora Universidade de Brasília, 2010.

FONSECA, Claudia. Quando cada caso não é um caso: pesquisa etnográfica e educação. *Revista Brasileira de Educação*, n. 10, p. 58-78, 1999.

GOFFMAN, Erving. *A representação do eu na vida cotidiana*. Petrópolis: Vozes, 2014.

GRAHAM, Janice E.; MISHRA, Amrita. Global challenges of implementing human papillomavirus vaccines. *International Journal of Equity and Health*, v. 10, n. 27, 2011. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3143925/>. Acesso em: 18 fev. 2017.

GRAHAM, Janice E.; MISHRA, Amrita. Risk, choice and the *girl vaccine*: unpacking human papillomavirus (HPV) immunization. *Health, Risk & Society*, n. 14, p. 57- 69, 2012.

GURAN, Milton. Fotografar para descobrir, fotografar para contar. *Cadernos de Antropologia e Imagem*, v. 10, n. 1, p. 155-165, 2000.

HOCHMAN, Gilberto. Vacinação, varíola e uma cultura da imunização no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 16, n. 2, p. 375-386, 2011.

MALINOWSKI, Bronislaw. *Os argonautas do Pacífico Ocidental*. São Paulo: Abril Cultural, 1976.

MOULIN, Anne Marie. A hipótese vacinal: por uma abordagem crítica e antropológica de um fenômeno histórico. *História, Ciência e Saúde*, n. 10, p. 499-517, 2003.

OLIVEIRA, Roberto Cardoso de. O trabalho do antropólogo: olhar, ouvir, escrever. *Revista de Antropologia*, v. 39, n. 1, p. 12-37, 1996.

PASCOAL, Miriam; HONORATO, Eliane Costa; ALBUQUERQUE, Fabiana Aparecida de. O orientador educacional no Brasil. *Educ. Rev.*, Belo Horizonte, n. 47, p. 101-120, jun. 2008.

PEIRANO, Mariza. Etnografia não é método. *Horizontes Antropológicos* v. 20, n. 42, p. 377-391, 2014.

PEREIRA, Alexandre Barbosa. *A maior zoeira na escola: experiências juvenis na periferia de São Paulo*. São Paulo: Editora Unifesp, 2016.

RANGEL, Everton. *Brazilian dancers: a travessia dos corpos em um circo norte-americano*. 153 f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

ROHDEN, Fabíola. *A arte de enganar a natureza: contracepção, aborto e infanticídio no início do século XX*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

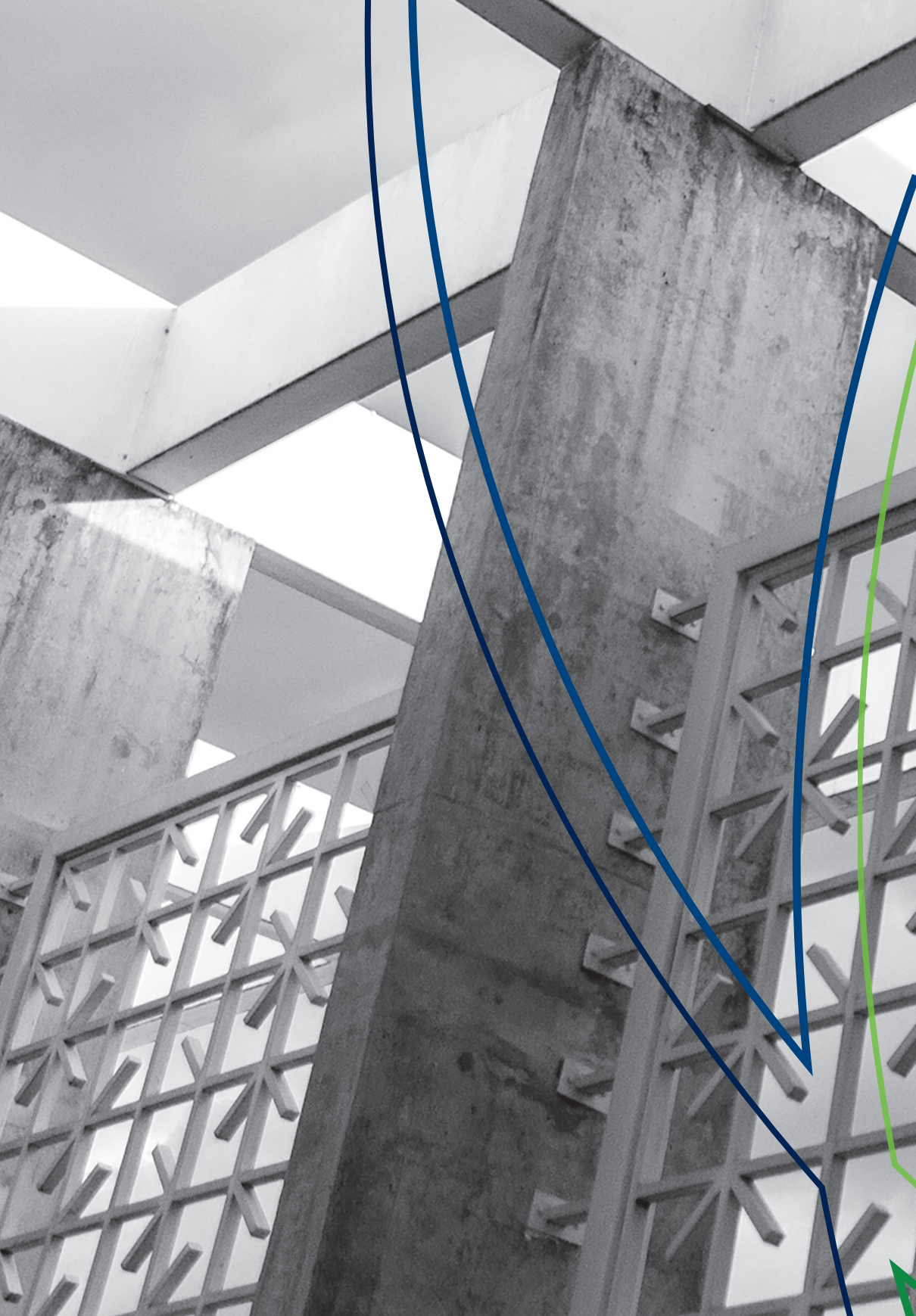
SÁ, Teresa. Lugares e não lugares em Marc Augé. *Tempo Social*, v. 26, n. 2, p. 209-229, 2014.

SARTI, Cynthia; DUARTE, Luiz Fernando Dias (org.). *Antropologia e ética: desafios para a regulamentação*. Brasília: ABA Publicações, 2013.

VAZ, Taminris; OLIVEIRA, Marilda O. *Pichação = educação = arte: contradição?* Unicamp, 2012. Disponível em: http://www.infoteca.inf.br/endipe/smarty/templates/arquivos_template/upload_arquivos/acervo/docs/1732p.pdf. Acesso em: 13 maio 2018.

VICTORA, Ceres Gomes *et al.* (org.). *Antropologia e ética: o debate atual no Brasil*. Niterói: Editora da Universidade Federal Fluminense, 2004.

WAILOO, Keith *et al.* *Three shots at prevention: the HPV vaccine and the politics of medicine's simple solutions*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2010.






Capítulo 6

6 Uma etnografia encarnada:

imagens e
identidades
corporais de um
pesquisador em
uma academia
de ginástica

Alan Camargo Silva

1. Considerações iniciais



Atualmente, no campo da antropologia, observar o Outro faz parte do processo crítico-reflexivo e dialógico do pesquisador. Assim, nos

trabalhos etnográficos há, cada vez mais, demanda de análises e de discussões em torno do que pode ser denominado *reflexividade*. Tal processo pode ser entendido como um modo de consciência autocrítica ou de atividade de auto peritagem do pesquisador em todas as etapas do estudo (DENZIN; LINCOLN, 2006). Assim, sugere-se que o pesquisador se esforce para explicitar e avaliar criticamente os possíveis elementos (inter)subjetivos que, supostamente, influenciariam seu processo de produção e de análise do material empírico, isto é, a capacidade de reflexividade ao longo do desenvolvimento do empreendimento investigativo (FINLAY, 2002).

O etnógrafo avalia os problemas teórico-metodológicos surgidos antes, durante e depois do trabalho de campo, bem como, durante esse período, assume consciência política e social em face daqueles pesquisados. O pesquisador busca garantir os compromissos com a comunidade científica e local com a qual se relaciona e/ou convive (MINAYO, GUERRIERO, 2014).

O presente capítulo apresenta-se sob essa ótica teórico-metodológica da antropologia no que diz respeito à posição do pesquisador no trabalho de campo. Neste caso, reflito com base em minha tese de doutorado, intitulada “*Limites*” *corporais e risco à saúde na musculação: etnografia comparativa entre duas academias de ginástica cariocas* (SILVA, 2014).¹ No ofício como etnógrafo, em face das práticas corporais em academias, o delineamento acerca da reflexividade se dirigiu no sentido bilateral e mútuo entre o entender os usos do corpo do Outro e o ser compreendido por esse Outro. Desse modo, busco apreender meu processo de reflexividade como professor de educação física durante a construção de múltiplas imagens e identidades que me foram atribuídas ao longo do trabalho de campo nas academias. Esse exercício se insere no que Esteban (2004) denomina *antropologia encarnada*, que diz respeito à própria experiência corporal inscrita no processo de pesquisa.

¹ Defendida na linha de pesquisa *Abordagens sociológicas dos processos de saúde-doença*, no Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro, sob orientação da Prof^a. Dr^a. Jaqueline Ferreira. Parte da tese foi aprimorada e publicada em formato de livro (SILVA, 2017).

Assim, foi de suma importância perceber as reações e as percepções dos interlocutores diante de minha inscrição corporal. Elas influenciaram na construção da minha identidade em campo, afetando minhas relações com o grupo.

Para tanto, o texto foi dividido em três blocos: primeiro, situo algumas ideias clássicas ou centrais da antropologia que contribuem para pensar a reflexividade e destaco a abordagem teórico-metodológica do material empírico. Em seguida, discuto como o corpo do pesquisador pode interferir nas interações em campo e de que formas a minha imagem repercutia nas identidades que a mim foram atribuídas em academias. Por fim, problematizo algumas implicações do pesquisador no que diz respeito ao próprio corpo no campo de pesquisa na contemporaneidade.

2. Etnografia encarnada: percurso reflexivo

Como profissional de educação física, tenho conhecimentos sobre exercícios físicos e me exercito há mais de 17 anos onde resido. Assim, desenvolvi um corpo com musculatura vista como bem-delineada, comumente designado *malhado*, mesmo sem nunca ter frequentado academias de ginástica ou consumido suplementos alimentares e anabolizantes. A minha aparência de *sarado*, *bombado* ou *marombeiro* sempre chama a atenção por ser uma imagem que veicula certa noção de saúde ou falta de saúde associada à ideia de consumo de substâncias e, consequentemente, de malsão. Isso inclui profissionais de saúde, como médicos, o que tem me impedido de ter uma relação de simetria e de cuidados adequados. Em inúmeras consultas médicas, por exemplo, meus pedidos de exames foram constantemente recusados pela premissa de que eu era jovem e forte. Ao longo da minha trajetória pessoal, alegar qualquer desconforto orgânico ao médico sempre suscitou dúvidas dos profissionais, como: “Você usa bomba? O que você está fazendo com seu corpo? É melhor parar!” Sem contar as inúmeras situações em que fui abordado por vendedores de suplementos alimentares ou por feirantes oferecendo banana para eu malhar, haja vista meu porte corporal.

Tais aspectos de minha aparência, bem como de minha experiência pessoal e profissional foram determinantes na forma como se estabeleceram as relações sociais nas academias em que desenvolvi a pesquisa. Sou morador do bairro da Barra da Tijuca (Barra) desde que nasci e um de meus empregos é no bairro da Cidade de Deus (CDD), ambos na zona oeste da cidade do Rio de Janeiro, de modo que tenho familiaridade com as regiões onde as academias estão localizadas. Da mesma forma, considero que a capacidade de convívio na academia da CDD e da Barra se deve ao fato de ter experimentado diferentes vivências pessoais e profissionais ao circular em diversas regiões cariocas.

Sabe-se que antes de definir seu objeto de estudo e, por consequência, aproximar-se do trabalho etnográfico, o pesquisador já possui subjetivamente o que Becker (2007) denomina *quadro mental* ou *mapa* sobre o campo, seja em relação aos futuros indivíduos, seja em relação aos contextos sociais que serão estudados (VELHO, 1994). O ponto de partida da análise do antropólogo está relacionado à imagem e às informações prévias acerca do objeto de estudo sobre o qual quer se debruçar, como discutido na obra clássica de Latour e Woolgar (1997).

Entretanto, como afirma Becker (2007), representações profissionais influenciam o tipo de causalidade que pensamos estar em operação no trabalho de campo. Cicourel destaca que

a diferença entre trabalhar na própria sociedade do observador e numa sociedade estrangeira fornece o ponto de partida básico para se entender as condições nas quais as percepções e interpretações do observador ganham significado. (CICOUREL, 1980, p. 88).

Essas noções foram pertinentes ao meu trabalho de pesquisa nas academias e me obrigaram a exercitar a reflexividade ou a autoanálise em todo o processo etnográfico (BEAUD; WEBER, 2007). Gaskell e Bauer (2010) apontam que o processo de reflexividade pode ser considerado justamente um indicador de confiabilidade da investigação.

Nesse contexto interativo entre sujeito-objeto, é preciso apontar que “sempre atribuímos, implícita ou explicitamente, um ponto de

vista, uma perspectiva e motivos às pessoas cujas ações analisamos” (BECKER, 2007, p. 33). Em termos gerais, o olhar do pesquisador será determinado em função do grau de distância ou de proximidade daquilo que observará, uma vez que o trabalho etnográfico, segundo Clifford (2008), é um meio sensível de produção de conhecimento por intersubjetividades. Como registrado, faz parte da reflexividade a autocrítica realizada pelo pesquisador acerca das suas próprias concepções sobre o seu objeto de estudo e ações no campo.

Do ponto de vista de DaMatta (1978), pode haver transformação do exótico em familiar, na qual o pesquisador sai de seu contexto social e se depara com uma realidade, em princípio, totalmente atípica, a fim de compreender a vida social (regras, valores, ideias) do grupo estudado. Em oposição, segundo o autor, há outro movimento mais drástico possível de transformar o familiar em exótico, no qual o pesquisador deve exercitar a entrada na própria cultura realizando igualmente o estranhamento no encontro com o Outro.

Assim, destaca-se a importância de questionar a subjetividade e a carga afetiva da etnografia no campo das academias, isto é, trabalhá-las como um dado sistemático da situação de pesquisa, como DaMatta (2010) aponta. Mais do que pensar na inviabilidade da pesquisa, tive que tratar de minha experiência profissional familiar em educação física como um dado em diálogo com os achados, encarnando o pesquisador etnógrafo que, de acordo com Goldman (2005), deve ter os cuidados necessários.

Gomes e Menezes (2008) mencionam que a suposta semelhança com os nativos pode se converter em dificuldade, pois a posição ocupada pelo pesquisador, muitas vezes, é alvo de dúvidas e de desconfiças pelos pares. Zenobi (2010) argumenta que o etnógrafo pode ser acusado de espião ou de infiltrado, dificultando, assim, uma relação harmoniosa com seus informantes. É preciso uma relação amistosa e empática entre antropólogo e nativo, com o intuito de elevar a credibilidade dos dados etnográficos (MALINOWSKI, 1986). Procurei contornar esse aspecto com um tempo prolongado de permanência no trabalho de campo, dada a impossibilidade de os pesquisados se controlarem constantemente em

seus comportamentos no mundo cotidiano (BECKER, 1997; GOLDMAN, 2005). Igualmente, as conclusões se tornariam mais consistentes pelas quantidade e variedade de informações coletadas.

Assim, a perspectiva do que poderia ser chamado *experiência próxima* (GEERTZ, 1994) ou *de dentro* (MAGNANI, 2002) tornou-se um desafio para mim. Independentemente da familiaridade ou do afastamento do objeto de estudo, tive de considerar também que as identidades atribuídas ao pesquisador pelos nativos devem ser relativizadas na interação levando em consideração, por exemplo, as influências do gênero, da orientação sexual, da faixa etária, da etnia, da imagem e do comportamento corporal e da classe social. É nesse contexto que aponto como foi meu relacionamento com coordenadores, professores e alunos na musculação, ressaltando a busca do meu lugar de etnógrafo nessas academias.

3. Corpo e identidades: notas sobre a experiência etnográfica

Com base nos pressupostos teórico-metodológicos da Escola de Chicago e do interacionismo simbólico (BECKER, 1996), tive como objetivo, no doutorado, conhecer as concepções e as estratégias relativas aos limites corporais de professores de educação física e de alunos no setor da musculação de duas academias onde foi realizada a observação participante durante um ano (SILVA, 2014). Entendendo *limites corporais* como a forma com que os sujeitos lidam com qualquer possível impedimento determinante para a realização da prática corporal, os cenários escolhidos foram, em uma perspectiva etnográfica comparativa, duas academias em bairros distintos, socioeconômica e culturalmente, na cidade do Rio de Janeiro: uma academia de pequeno porte no bairro popular da Cidade de Deus (CDD) e outra de grande porte no bairro nobre da Barra da Tijuca (Barra). Em síntese, enquanto a academia da CDD atendia um público pertencente às camadas de baixa renda e de educação básica (por vezes, incompleta), a academia da Barra atendia, em sua maioria, frequentadores com curso superior provindos de

famílias emergentes, isto é, nas palavras de Velho (1994), uma classe média urbana que teve certa ascensão socioeconômica. Os profissionais de educação física de ambas as academias eram majoritariamente do sexo masculino, entre 20 a 30 anos, e recebiam, em média, R\$ 8,00 por hora/aula, embora, especialmente na academia Barra, tivessem pós-graduação e possibilidade de realizar serviços de *personal trainer* em que a hora/aula poderia ser em torno de até R\$ 150,00.

Em campo, sempre sinalizava minha chegada aos locais e, posteriormente, circulava pelo espaço da musculação sem realizar as práticas corporais por alguns motivos: em primeiro lugar, eu realizava a observação após ter ficado grande parte do turno da manhã e da tarde trabalhando de pé no âmbito da educação física escolar. Minha condição corporal no final da tarde e durante a noite impossibilitava realizar as práticas corporais pelo cansaço laboral do dia a dia. Em segundo lugar, não queria que minha condição de pesquisador fosse confundida com a de aluno e também tinha receio de não ter o afastamento necessário para a pesquisa se me integrasse como tal. Igualmente, temia que a forma como eu treinasse me aproximasse e/ou me afastasse de alguns grupos nas academias, o que não era minha intenção, pois gostaria de me relacionar com todos. Assim, por motivos pessoais, profissionais e acadêmicos, diversos aspectos me levaram a me situar como etnógrafo sem me engajar nas práticas corporais. Além disso, o fato de não estar inserido como aluno me permitia transitar livremente por diferentes espaços.

Alguns autores privilegiaram a prática corporal no trabalho de campo como forma de melhor apreensão do ambiente.² Por um lado, embora tenha sido autorizado a malhar de graça no setor da musculação nas duas

² Diferentemente de Monaghan (2000 e 2001), de Sabino (2004) e de Bridges (2009) que, corporalmente, vivenciaram o âmbito de academia se exercitando com seus nativos. Outros experienciaram o contexto da academia se exercitando em um primeiro momento e apenas depois fizeram o trabalho de campo propriamente dito (SASSATELLI, 1999; CROSSLEY, 2006; CHAVES, 2010). Outro exemplo é a experiência de Malysse (2008 e 2010), que relata, em seu diário de campo, o seu processo corporal na entrada e na estadia em uma academia. Outra pesquisa nessa perspectiva foi a de Wacquant (2002), que adentrou no contexto do boxe participando dos treinos.

academias, optei por não me exercitar. No meu caso, o não engajamento com os exercícios foi uma estratégia importante para poder transitar entre os diferentes grupos. Também foi relevante para analisar a forma como alunos e professores se relacionavam comigo diante dessa postura e de meu corpo malhado. Por outro lado, minha familiaridade com o contexto das academias fazia com que não fosse prerrogativa minha a integração no ambiente dessa forma para realizar a pesquisa.

Nessa perspectiva, busco refletir sobre como meu corpo, com seus marcadores sociais, e minha experiência como professor de educação física influenciaram as interações sociais com o público dessas academias. Portanto, descrevo, resumidamente, minha experiência de pesquisa com meus interlocutores, mais precisamente, na interface entre gênero, classe social, raça/cor/etnia e fase de vida.

4. Juventudes, masculinidades e heteronormatividade em xeque

Como dito, sou praticante de musculação desde meus 17 anos, mas externo ao ambiente de academias, pois malhava sozinho com pesos e halteres em casa. Chego à minha terceira década de vida com o propósito de desenvolver um estudo etnográfico na musculação com o inevitável olhar de minha formação inicial: profissional de educação física. Hoje, posso afirmar que, após ganhar músculos com a prática de musculação, obtive outros ganhos sociais (leia-se afetivo-amorosos ou legitimadores de profissão). Em outras palavras, baseado em Shilling (2005) e em Connel (1995), resumidamente, atingi, como homem, um determinado capital corporal representante de uma dada masculinidade hegemônica.

Destarte, meu porte ou tamanho corporal facilitou o acesso a praticamente todos os pesquisados da academia da CDD. Angariei adjetivos como *o cara*, significando *o fortão*, *o pegador* ou *o modelo*, que se *dava bem* na academia. Em resumo, eu era supostamente equiparado a um homem jovem heterossexual de sucesso. Essa imagem, no entanto, contribuiu para um fato particular que quase comprometeu seriamente minha pesquisa.

No início do campo, conheci uma aluna de 19 anos, que chamarei de Mariana.³ Como ela era muito próxima de uma das professoras da academia com quem desejava estabelecer contato, aproximei-me dela. Achava que essa aproximação também me propiciaria mais contatos com as mulheres da academia da CDD. Porém, diante da dificuldade de esclarecer meu papel de pesquisador e minha suposta reputação inicial na academia, meu movimento foi interpretado pela aluna como paquera. Vale ressaltar que a academia, em muitas ocasiões, configura-se como um lugar de paquera para jovens, prática perfeitamente aceitável nesse espaço. Deu-se início, assim, a uma série de investidas por parte da aluna (combinava seus horários com os meus; acessava meu *Facebook*, meu número de telefone). Comecei a sentir que as interações sociais em meu trabalho de campo estavam ficando comprometidas significativamente. Não conseguia mais estabelecer qualquer tipo de vínculo mais íntimo com os outros alunos e alunas, pois ela estava sempre conversando intensamente comigo. Outro aspecto (e, talvez, o principal): como alguns alunos diziam, eu tinha que “pegar e comer logo porque a vontade dela estava descarada”. Diante de minhas recusas, buscando explicitar meu lugar de pesquisador, reforçando minhas interações nessa perspectiva e deixando claro meu estado civil (casado), Mariana compreendeu que não se tratava de uma paquera e se afastou de forma contundente. Se antes ela buscava estar em todos meus horários, agora ela os evitava. Isso chamou a atenção de outros alunos e professores, e minha recusa a suas investidas sexuais (“não ter pego”) fez com que colocassem em dúvida minha masculinidade, com muitas referências jocosas à possibilidade de eu ser *gay*. Isso se dava também pelo fato de que eu era praticamente o único homem daquele espaço que conversava com as mulheres, o que, nesse ambiente, era “coisa de homossexual”. Da mesma forma, como havia predominância de homens naquele ambiente da musculação, eram recorrentes as relações jocosas entre eles que, rotineiramente, taxavam uns aos outros de “viado”, como

³ Todos os nomes utilizados são fictícios, a fim de preservar a identidade dos meus interlocutores.

uma espécie de reforço da identidade do ser “macho”. Percebia que o tipo de associação com as mulheres era um meio de ganhar, de manter ou de perder prestígio naquele grupo social. Enquanto eles me viam como homossexual, eu não conseguia estabelecer vínculos profícuos de relações sociais mínimas para desenvolver um trabalho etnográfico. Aguentei essas insinuações e brincadeiras por bastante tempo. Essa situação prejudicou minhas relações de pesquisa nesse período, uma vez que, no espaço de musculação, o ser masculino e viril era hipervalorizado. Cheguei a temer a impossibilidade de desfecho da pesquisa como havia antecipadamente delineado. Vilela (2010), por exemplo, relata que, por ser homossexual e franzino, seu estudo no espaço da musculação ficou comprometido, o que o levou a abreviar o trabalho de campo.

No entanto, superada essa fase, o fato de portar um corpo considerado ideal possibilitou-me, na academia da CDD, voltar a interagir mais intensamente com os pesquisados, sobretudo, com alunos e alunas. Professores e alunos, mesmo antes das apresentações formais, procuravam falar comigo para saber se eu malhava. Embora eles falassem do sucesso que eu fazia com as mulheres da academia, o que me deixava embaraçado, passei a interagir com elas com mais cuidado.

Assim, a referência de corpo ideal que eu encarnava no âmbito da academia da CDD foi se diluindo à medida que todos percebiam que eu não estava na musculação para paquerar e que eu perdia um pouco de massa muscular, do ponto de vista deles. Em suma, boa parte do meu *status* como pesquisador estava vinculada à minha aparência.

Na academia Barra, meu corpo e minhas interações também influenciaram as interpretações sobre minha masculinidade e orientação sexual. Por ser considerado um sujeito forte, contei com rápida aceitação por parte dos profissionais que atuavam no espaço. Inicialmente, eu me relacionava mais com os professores. Somente depois de algum tempo percebi que o professor com quem tinha mais contato era homossexual, o que levou à imediata identificação de minha pessoa com essa identidade. Outros professores e a maioria dos alunos me ignoravam ou me chamavam de “viadinho”. Os poucos alunos que conversavam comigo eram homossexuais assumidos e malvistas naquele espaço. Assim,

novamente, fiquei com receio de que isso prejudicasse o trabalho de campo, limitando o acesso a diferentes grupos. Por isso, comecei a falar das mulheres das academias; a mostrar fotos da minha esposa no celular; a pedir dicas de programas para sair com ela à noite; a contar sobre situações de meus ex-relacionamentos; a falar alguns palavrões; a questionar, por meio de brincadeiras, a sexualidade dos professores. Com esse conjunto de estratégias, ao longo do tempo, começava a ser visto como heterossexual, o que me possibilitou, de modo claro, maior envolvimento com pesquisados de ambas as academias. Nesse momento, não pude deixar de me lembrar de uma referência de Foote-Whyte, que usou da mesma estratégia para se integrar ao grupo de rapazes de um gueto de Boston:

Tentando penetrar no espírito de uma conversa trivial deixei escapar uma série de obscenidades e palavrões. A caminhada foi interrompida quando todos pararam para me olhar surpreendidos. Doc meneou a cabeça e comentou: “Mill, você não deveria falar desse modo, isso não combina com você.”(FOOTE-WHYTE, 1980, p. 82).

Diferentemente do autor, minha estratégia rendeu resultados positivos e, na medida em que se tornou uma *performance* da minha parte, eu a assumi como um dado de pesquisa. Essas experiências foram inusitadas, pois jamais havia vivenciado a situação como professor de academia. As relações de gênero, a forma como minha masculinidade foi questionada e a preocupação com o que poderia afetar a pesquisa serviram para refletir sobre como os diferentes espectros de gênero e de sexualidade hegemonicamente considerados legítimos se refletem nesse espaço. Os estereótipos e as discriminações atribuídos ao pesquisador evidenciaram como as classificações sociais e os estigmas são acionados em qualquer relação social.

Nesse ponto de vista, ressalto que a perspectiva nativa quanto à minha masculinidade era colocada em xeque a todo instante, mas sempre referenciada nessa masculinidade hegemônica. Eu buscava driblar ou minimizar qualquer aspecto que pudesse interditar ou comprometer

meu trabalho de campo, assim como as relações com os interlocutores. Estava ciente de que, por vezes, as relações entre pesquisador-pesquisado eram mais importantes do que as próprias explicações sobre o estudo (FOOTE-WHYTE, 1980). Assim, sentia na pele, ou no corpo, essas relações jocosas entre o que era ser homem de “verdade” naquele estabelecimento também em relação às constantes demandas de provas de meus limites corporais. Embora eu não tenha sofrido qualquer contato físico direto, sentia que meu corpo estava exposto e vulnerável àquele grupo de homens. Lembro que

a forma predominante de relacionamento, neste espaço masculino segregado que inicialmente aparece ao pesquisador como agressivo e violento, revela-se, na verdade, como um jogo. (GUEDES, 1997, p. 145).

Neste caso, mais precisamente, um ritual de virilidade no qual tive de *vestir a camisa* para jogar com eles.

5. Classes sociais, escolaridade, ocupação profissional: marcadores distintos

As relações de poder estabelecidas entre meu lugar como etnógrafo e meus interlocutores também se estabeleciam pela diferença entre inserções de classes sociais. Para além do componente econômico, minha relação com os nativos era afetada, sobremaneira, quando o grau de escolaridade, o prestígio da ocupação profissional e as condições de moradia nos distinguiam ou definiam.

Nas primeiras visitas às academias ou nos contatos iniciais com os pesquisados, a primeira ideia que tinham de mim era de um aluno comum que realizava exercícios físicos na musculação. Isso indicava, de algum modo, proximidade de classe social, o que podia facilitar relações mais simétricas com meus interlocutores.

Na academia da CDD, professores e coordenadores sabiam que eu era um pesquisador pela apresentação prévia. Os alunos, no entanto, desconheciam esse dado e me tratavam como um deles. Não nego que

eu aproveitava o fato de ser temporariamente considerado um aluno por aqueles que frequentavam o espaço, na medida em que estabelecia uma rede de contatos com os pesquisados. Tratava-se também de uma experiência nova para mim, pois apenas frequentei academias como professor.

Os professores da academia da CDD não usavam uniforme, o que muitas vezes gerava dificuldades nos primeiros momentos para identificar quem era o responsável pelo horário na musculação. Os alunos tinham poucas ou um único conjunto de roupas para se exercitar, o que me constrangia a usar sempre o mesmo vestuário para me integrar aos grupos durante as aulas. Assim, como forma de aproximação, sempre optava pelos mesmos pares de tênis, bermudas e blusas básicas que não eram de marcas nem com cores chamativas. Em especial, os dizeres estampados de forma simples nas blusas dos alunos se remetiam basicamente ao exercício do corpo, como, por exemplo, *I love fitness!*, *Miss, Sintonia do corpo*, *Musculação*.

Na academia da Barra, os coordenadores estavam cientes da minha pesquisa, no entanto, muitos alunos que, no início, não me conheciam, tratavam-me como aluno, ignorando-me deliberadamente. Ali eu aguardava que se habituassem à minha presença, para tentar uma aproximação. Os professores da academia da Barra que desconheciam a pesquisa também me abordavam como se eu fosse um aluno, com sorrisos no rosto, com apertos de mão e sendo solícitos a qualquer ajuda de que eu precisasse. Às vezes, chegava a ter dificuldades de me apresentar devido à quantidade de informações que eles me davam no momento inicial da abordagem, como: “o que eu estava malhando”, “se já tinha feito a parte aeróbia”, “onde estava minha ficha de treino”, “se eu queria alguma ajuda”. Como aluno, sentia-me controlado por eles, pois era visível seu interesse em demonstrar bom atendimento. Quando eu me apresentava como pesquisador, aquela abordagem ao cliente se desfazia, e eles me perguntavam, de forma direta, sobre o teor do estudo e, por vezes, sobre minha formação universitária.

Mais tarde, pude compreender essa relação comercial na academia da Barra, uma academia localizada em região nobre, cuja clientela era de classe social mais elevada. Temporariamente, o papel de supervisor

da academia também me foi atribuído, sobretudo, nesta academia. Os professores suspeitavam que eu andasse pelo local com o intuito de avaliar seu trabalho com os alunos, sentimento que lembrava o quão difícil era quando eu atuava no ramo do *fitness*, pois os supervisores não perdiam a oportunidade de avaliar suas próprias condutas.

Percebia que o local onde eu ficava inicialmente situado para ter uma visão geral da sala de musculação era justamente o local onde o coordenador ficava para monitorar a atuação profissional dos professores, o que me fez alterar os trajetos por aquele espaço. Quando a sala de musculação estava vazia e sentia que ficava muito em evidência pelo fato de não estar me exercitando, saía e buscava outros espaços.

O início do trabalho de campo coincidiu com um momento da academia da Barra em que 50% do efetivo dos contratados seriam demitidos, isto é, de 40, passariam para 20 professores na musculação. Muitos professores estavam recebendo o aviso prévio, e o clima de demissões propiciava um ambiente tenso entre os profissionais e também na relação comigo. Sentia-me péssimo naquela situação. Tal fato também ocorreu quando houve a troca da coordenação, o que prejudicou minhas relações com os pesquisados na desconfiança de que eu atuava como supervisor. Por essa razão, quando chegava à academia Barra, os professores se esforçavam para mostrar trabalho. Ocasionalmente, os profissionais não ficavam do meu lado pelo fato de indicar que, estando ali comigo conversando, não estariam atendendo de modo adequado os clientes que circulavam pela musculação. De modo constante, interrompiam o contato comigo para atender os clientes e raramente voltavam a conversar ou, ainda, comentavam que a sala estava cheia demais.

Tais atitudes revelavam como, em distintos contextos socioeconômicos e culturais, as interações face a face do pesquisador com seus interlocutores se modificavam substancialmente. Apenas ao longo do tempo aprendi como me comportar em ambas as academias e, assim, fui construindo meu lugar de pesquisador. O etnógrafo deve constantemente saber lidar com “o encontro que surge frequentemente com o imprevisto, o evento que ocorre quando não esperávamos.” (LAPLANTINE, 2007, p. 151).

Outra identidade que os nativos me atribuíam era a de estagiário. Como ficava conversando e estava frequentemente próximo dos professores, a ideia inicial para todos os alunos era a de que eu realizava um estágio, para ser futuramente um professor ou um estagiário efetivado na musculação das academias. Como já tinha sido estagiário do ramo do *fitness*, de certa maneira, esse lugar social, assim como o de professor, eram-me familiares no início do trabalho de campo. Na academia da CDD, por exemplo, os alunos constantemente me perguntavam se faltavam muitas horas para acabar o estágio e quando eu seria ou se já tinha sido contratado para trabalhar na musculação. Percebia que ser considerado um estagiário para os pesquisados tinha certo tom de prestígio. Na interação inicial com os alunos, eu era frequentemente solicitado para atividades diversas, além de orientar na musculação. Eram também incontáveis as vezes em que me perguntavam sobre quantos exercícios físicos eram bons para tal músculo; se determinado suplemento alimentar era bom; se, para crescer, era melhor aumentar o peso ou o número de vezes de execução de cada movimento; se havia diferença entre certos aparelhos de musculação. Embora evitasse orientar os alunos, eu ligava os ventiladores, as luzes constantemente; socorria alguém, ajustava uma regulagem, mas apenas como alguém solícito e não como profissional do local.

Pelas ausências e constantes mudanças de profissionais (não) formados no local, coordenadores e funcionários insistiam, de diversas formas, que eu poderia ou deveria trabalhar como professor contratado. Os professores, por sua vez, não tinham o mesmo interesse, na medida em que eu estaria disputando com eles uma vaga no mercado de trabalho. Em nenhum momento os professores deram a entender que desejariam ter outro profissional atuando no cotidiano; no limite, um estagiário ajudante.

Na academia da Barra, antes do estagiário receber o uniforme para trabalhar na musculação, ele passava por três horas diárias de estágio, durante três semanas, para pegar a rotina de trabalho. Antes de ser contratado, ele recebia um cronograma de treinamento pré-estágio constituído por 21 tarefas a serem cumpridas para se preparar para quatro provas

sobre o que aprendia nos primeiros dias de vivência nessa academia. O vínculo dos aprendizes recém-chegados na academia da Barra seguia as leis trabalhistas para o estágio, como a obrigatoriedade de cumprir determinada carga horária, ter direito a férias ou a licença. O grau de seriedade da posição de estagiário era tão grande que, em uma de minhas incursões ao estabelecimento, deparei-me com um estagiário recém-admitido exibindo sua bermuda de trabalho, comemorando sua promoção.

Sempre escutava, dos professores e dos coordenadores da academia da Barra, a necessidade de mais estagiários para atender a todos os alunos no setor da musculação. Os profissionais diziam que havia um déficit de estagiário porque, muitas vezes, recebiam mais ou já eram contratados como professores em outras academias de menor porte. Os profissionais afirmavam que os estagiários não queriam passar por um “processo seletivo sério”, desejavam “menos trabalho possível” ou “queriam coisas fáceis”, o que era muito “triste” para a profissão.

Na academia da Barra, a confusão com minha identidade de estagiário também fazia com que os alunos me ignorassem durante as tentativas de interação com eles. Segundo os próprios estagiários do estabelecimento, “um aprendiz que ainda não sabe nada não poderia ajudar muito por saber menos!” Assim, de maneira comparativa, comecei a perceber o valor do saber intelectual naquele espaço quando eu era considerado um estagiário, bem como a hierarquia das ocupações profissionais durante aquelas interações sociais. Mais um aprendizado do trabalho de campo que tive de considerar na análise do material empírico.

Nessa perspectiva, o que demarcou significativamente minha relação com os pesquisados no que diz respeito à escolaridade, à ocupação profissional e à classe social era minha identificação como “doutor” nas academias da CDD e da Barra. Contudo, os sentidos e os significados atribuídos a esse *doutor* foram diferentes entre as duas academias.

Na academia da CDD, os alunos me chamavam de “doutor” pelo fato de saberem que eu tinha ensino superior e, assim, poderia privilegiar o trabalho intelectual ao braçal. Outros entendiam que eu não precisaria me exercitar porque estaria supervisionando o lugar, vendo o que estava errado ou certo ou ainda que, “se eu tinha dinheiro, porque

gastava meu tempo ali à toa, em vez de ganhar dinheiro por aí”? Havia ainda a ideia de que eu possuía superioridade socioeconômica pelo fato de não morar ali na CDD, mas para “os lados da Barra”, bem como por saberem que eu era funcionário público do magistério. Na academia da CDD, pelo fato de possuir determinado capital cultural e econômico, a hierarquia foi estabelecida inevitavelmente.

Na academia da Barra, eram os profissionais que me chamavam de *doutor* devido à minha titulação acadêmica. Eles ficavam impressionados com o curso de doutorado, valorizando minha situação acadêmico-profissional. Por um lado, os professores mencionavam o interesse de voltar a estudar ou o desejo de fazer um mestrado e um doutorado, mas a correria do dia a dia os impossibilitava de realizar atividades acadêmicas. Teriam que arranjar um tempo para trabalhar e estudar ao mesmo tempo, e a vida de *personal trainer* não propiciava isso. Por outro lado, alguns procuravam legitimar sua atividade laboral em detrimento do trabalho acadêmico: enquanto eles estavam ali trabalhando e buscando, a qualquer custo, um aluno para “dar *personal*” com o intuito de ter uma condição financeira ideal, eu estava fazendo um “mero trabalhinho acadêmico que não adiantaria de nada”.

Embora diversas vezes eu tenha explicado a natureza antropológica do estudo, meus interlocutores não entendiam o porquê de eu estar ali observando e conversando com as pessoas por tanto tempo. Mais ainda, os pesquisados perguntavam que tipo de retorno o estudo lhes daria. Nesse contexto, muitos professores da academia da Barra exigiam os resultados preliminares e finais de minha pesquisa, com a esperança de se aproveitarem do estudo para ganhar dinheiro. Coordenadores e demais profissionais costumavam falar que eu tinha que investigar o interesse dos clientes no que diz respeito à atividade de *personal trainer*, para vender melhor seus serviços.

Em síntese, ao transitar entre as identidades de aluno, de estagiário de educação física e as diferentes compreensões de ser um doutor, eu encarnei, senti na pele as relações de poder construídas no trabalho de campo. Compreendi também como as distinções entre classes sociais podiam impactar nas interações sociais estabelecidas.

6. Corpos brancos e negros e suas distinções

Especialmente na academia da CDD, o fato de ser branco foi, muitas vezes, determinante nas interações com os interlocutores, sobretudo, com os alunos, pois, a todo instante, chamavam-me de “russo”, “branco”, “branquinho” ou “branquelo”. Depois de um tempo, notei que, por exemplo, de 15 pessoas presentes, eu era o único branco. Assim, ser branco no contexto social desse estabelecimento tinha vantagens e desvantagens, que puderam ser observadas ao longo do tempo. Em várias situações, senti minha aceitação passar também pela posição de raça/cor. Muitas vezes, escutava: “Todos ali são iguais, mas você é branco”. Todo o contexto social da academia da CDD reforçava minha externalidade a certa identidade negra. Nas conversas informais; na valorização de determinados artistas e celebridades da mídia; nas músicas de *funk*, de charme e de *hip hop*; e no valor dado ao público dos bailes, sempre se remetiam a uma positividade da negritude. Fonseca destaca que

a reação do “nativo” diante de nossa pessoa – seja ela de dissimulação, adulação, hostilidade, franqueza ou indiferença – é um dado fundamental da análise que diz muito sobre relações de desigualdade e dominação. (FONSECA, 1999, p. 65).

Na medida em que deixavam explícita ou implicitamente claro que eu não era “negão” ou “preto”, minha proximidade com os pesquisados era prejudicada, acentuando minha alteridade. Como alguns diziam, “você não é daqui!” Constantemente, citavam minha cor como uma referência de distinção: “Fulano era mais branco do que você, acredita?” ou “Agora temos dois professores: um preto e outro branco!” Lembro também que uma das professoras do estabelecimento era sempre vista de modo depreciativo quando a chamavam de “loirinha” ou “branquinha” e grande parte dos alunos não sabia nem seu nome, por vezes, criticando-a com esses termos referentes ao fato de ser branca.

Ressalto que os alunos brancos recém-chegados ao estabelecimento optavam por se dirigirem mais a mim do que aos outros na academia da

CDD, situação semelhante à que Jardim (1991) identificou quando pessoas brancas procuravam outras da mesma cor, com a possibilidade de ser um igual, nos contextos de bares. Tal situação era rotineira no trabalho de campo. Presenciei, diversas vezes, uma espécie de agressão ao branco em um espaço eminentemente negro. Como sofria no início da pesquisa.

Essas referências diminuíram com o passar do tempo, quando houve outros pontos de identificação entre nós. Por exemplo, eu conhecia muito a CDD pelo fato de trabalhar em escola pública próxima dessa academia. Compartilhava lembranças da adolescência com os interlocutores, o que me aproximava deles na medida em que frequentava os mesmos ambientes de lazer, o que fazia com que “eu fosse um deles; eu frequentava o local x, y ou z”. Quando as músicas de *funk* antigas tocavam na academia da CDD e os pesquisados não se lembravam da letra, eu os ajudava, surpreendendo-os. Percebi que fui aceito quando passaram a me tratar de “negão”: “Fala aí, negão!” ou “Valeu, negão! Até amanhã!”

Na academia da Barra, a maioria dos pesquisados, professores e alunos era branca, de forma que o fato de eu também ser branco não trazia, a princípio, alguma alteridade. Nessa academia, os alunos negros realizavam as práticas corporais em pequenos grupos ou contratavam um *personal trainer* da mesma cor. Quando se exercitavam sozinhos, não havia muitas interações ao longo da estadia naquele espaço. Quando estavam em grupo, cumprimentavam-se, reforçando sua identidade negra: “E aí, negão!” Os professores negros sempre voltavam mais sua atenção aos alunos da mesma cor. Da mesma forma, sempre exaltavam ou admiravam o corpo de um ex-participante do programa da TV Globo, Big Brother, e de uma bailarina do programa dominical do Faustão que se exercitavam nos seus horários: todos negros.

As diferenças de cor entre o pesquisador e os pesquisados nas academias serviam significativamente para entender, em parte, as relações sociais entre os sujeitos e o meu lugar como etnógrafo. Assim, ser branco ou negro nesses espaços era aspecto relacional e posicional na dinâmica de papéis atribuídos ao Outro durante as múltiplas interações sociais que ali ocorriam, seja no reforço de identidades, seja em uma negação do racismo existente em nossa sociedade.

7. À guisa de conclusão: o etnógrafo em campo e corpo como dado inerente à pesquisa na contemporaneidade

A formação do etnógrafo consolida-se no aprendizado prático ao longo do trabalho de campo e o fazer etnográfico reflexivo é parte fundamental nesse processo. Assim, afirmo que apenas etnografando fui realmente aprendendo alguns saberes especiais do trabalho de campo, “como saber estar, saber ver, saber ouvir e saber escrever.” (GOELLNER *et al.*, 2010, p. 61). A vivência de estar entre corpos em movimento nas academias caracterizava-se como um rito de passagem de um pesquisador (PEIRANO, 1992). Assim, meu olhar etnográfico foi se construindo de acordo com meu cotidiano pessoal e profissional. Certamente, nunca mais entrarei em uma academia e, principalmente, no setor da musculação, somente como um profissional de educação física e de saúde ou como um simples aluno.

Desse modo, concordo com Viveiros de Castro, quando aponta que:

o conhecimento antropológico é imediatamente uma relação social, pois é o efeito das relações que constituem reciprocamente o sujeito que conhece e o sujeito que ele conhece, e a causa de uma transformação (toda relação é uma transformação) na constituição relacional de ambos. (VIVEIROS DE CASTRO, 2002, p. 113-114).

Pude concluir, com minha experiência que, para além de realizar a observação participante, de elaborar diário de campo, de ficar um tempo prolongado no campo de pesquisa, é necessário repensar a presença do pesquisador (inclusive, de seu corpo) à luz de alguns marcadores sociais da diferença de forma reflexiva. Bizerril (2004) sugere que o pesquisador tenha atenção à sua experiência corpórea ao longo do trabalho de campo. Wacquant (2002) denomina esse processo de *experimentação científica* com o corpo. Hopkinson (2015) atribui um senso de pesquisa incorporado (na perspectiva de Csordas de *embodiment*), ao realizar pesquisa e treinamento concomitantes na academia de ginástica.

No meu caso, que optei por não realizar treinamento ou malhação nas academias, mas por estar alerta aos marcadores distintivos de nossos corpos, considero que as relações e as interpretações que realizei estão inscritas na mesma acepção de uma *etnografia encarnada* de Esteban (2004). Ela diz respeito a entender os outros e a si pelas vivências similares e, igualmente, entender que nossas experiências individuais (corporais e relacionais) interferem na percepção do mundo social e na nossa interação com esse mundo.

Em síntese, esses aspectos, dentre outros possíveis, apontam a necessidade de conhecer, de forma mais aprofundada, o processo de reflexividade nas pesquisas etnográficas. No caso de etnografias em academias de ginástica, destaco como a inscrição do corpo – homem ou mulher, branco ou negro, marcas da classe social e da escolaridade do pesquisador – são dados inerentes ao empreendimento etnográfico, sobretudo, na contemporaneidade, em que as identidades somáticas cada vez mais se tornam híbridas, plurais e complexas.

Referências

- BEAUD, Stephane; WEBER, Florence. *Guia para a pesquisa de campo: produzir e analisar dados etnográficos*. Petrópolis: Vozes, 2007.
- BECKER, Howard S. A escola de Chicago. *Mana*, v. 2, n. 2, p. 177-188, 1996.
- BECKER, Howard S. *Métodos de pesquisa em ciências sociais*. São Paulo: Hucitec, 1997.
- BECKER, Howard S. *Segredos e truques da pesquisa*. Rio de Janeiro: Zahar, 2007.
- BIZERRIL, José. O vínculo etnográfico: intersubjetividade e co-autoria na pesquisa qualitativa. *Universitas Ciências da Saúde*, v. 2, n. 2, p. 152-163, 2004.
- BRIDGES, Tristan. S. Gender capital and male bodybuilders. *Body & Society*, v. 15, n. 1, p. 83-107, 2009.

CHAVES, José Carlos Oliveira. *Corpo “sarado”, corpo “saudável”?* Construção da masculinidade de homens adeptos da prática da musculação na cidade de Salvador. 185 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2010.

CICOUREL, Aaron. Teoria e método em pesquisa de campo. In: ZALUAR, A. (org.). *Desvendando máscaras sociais*. São Paulo: Francisco Alves, 1980. p. 87-122.

CLIFFORD, James. Sobre a autoridade etnográfica. In: GONÇALVES, José Reginaldo Santos (org.). *A experiência etnográfica: antropologia e literatura no século XX*. Rio de Janeiro: Ed. UFRJ, 2008. p. 17-58.

CONNEL, Robert W. Políticas da masculinidade. *Educação & Realidade*, v. 20, n. 2, p. 185-206, 1995.

CROSSLEY, Nick. In the gym: motives, meaning and moral careers. *Body & Society*, v. 12, n. 3, p. 23-50, 2006.

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

DAMATTA, Roberto. *Relativizando: uma introdução à antropologia social*. Rio de Janeiro: Rocco, 2010.

DENZIN, Norma K.; LINCOLN, Yvonna S. Introdução: a disciplina e a prática da pesquisa qualitativa. In: DENZIN, Norma K.; LINCOLN, Yvonna S. (ed.) *O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens*. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 15-42.

ESTEBAN, Mari Luz. Antropologia encarnada: antropologia desde uma misma. *Papeles del CEIC*, Universidad del País Vasco, n. 12, p. 1-21, 2004.

FINLAY, Linda. “Outing” the researcher: the provenance, process, and practice of reflexivity. *Qualitative Health Research*, v. 12, n. 4, p. 531-545, 2002.

FONSECA, Claudia. Quando cada caso não é um caso: pesquisa etnográfica e educação. *Revista Brasileira de Educação*, n. 10, p. 58-78, 1999.

FOOTE-WHYTE, William. Treinando a observação participante. In: ZALUAR, A. (org.). *Desvendando máscaras sociais*. São Paulo: Francisco Alves, 1980. p. 77-86.

GASKELL, George; BAUER, Martin W. Para uma prestação de contas pública: além da amostra, fidedignidade e da validade. In: BAUER, Martin W.; GASKELL, George (org.). *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. Petrópolis: Vozes, 2010. p. 470-489.

GEERTZ, Clifford. *Conocimiento local: ensayos sobre la interpretación de las culturas*. Barcelona: Paidós, 1994.

GOELLNER, Silvana V. et al. Pesquisa qualitativa na educação física brasileira: marco teórico e modos de usar. *Revista da Educação Física/UEM*, v. 21, p. 53-82, 2010. Suplemento.

GOLDMAN, Marcio. Jeanne Favret-Saada, os afetos, a etnografia. *Cadernos de Campo*, n. 13, p. 149-153, 2005.

GOMES, Edilaine Campos; MENEZES, Rachel Aisengart. Etnografias possíveis: “estar” ou “ser” de dentro. *Pontourbe*, n. 2, p. 1-23, 2008.

GUEDES, Simone Lahud. *Jogo de corpo: um estudo de construção social de trabalhadores*. Niterói: EDUFF, 1997.

HOPKINSON, Leo. Descartes’ shadow: boxing and the fear of mind-body dualism. *Journal of Ethnographic Theory*, v. 5, n. 2, p. 177-199, 2015.

JARDIM, Denise Fagundes. *De bar em bar: identidade masculina e auto-segregação entre homens de classes populares*. 1991. 177 f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1991.

LAPLANTINE, François. *Aprender antropologia*. São Paulo: Brasiliense, 2007.

LATOUR, Bruno; WOOLGAR, Steve. *A vida de laboratório: a produção dos fatos científicos*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1997.

MAGNANI, José Guilherme Cantor. De perto e de dentro: notas para uma etnografia urbana. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, v. 17, n. 49, p. 11-29, 2002.

MALINOWSKI, Bronislaw. Introdução: o assunto, o método e o objetivo desta investigação. In: DURHAM, Eunice. R. (org.). *Malinowski*. São Paulo: Ática, 1986. p. 19-43.

MALYSSE, Stéphane. *Diário acadêmico*. São Paulo: Estação das Letras e Cores, 2008.

MALYSSE, Stéphane. Antropologia muscular e autoconstrução do corpo: o diário acadêmico de Stéphane Malysse. *Redige*, v. 1, n. 1, p. 201-211, 2010.

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

MONAGHAN, Lee F. Creating “The Perfect Body”: a variable project. In: FEATHERSTONE, Mike (ed.). *Body modification*. London: Sage, 2000.

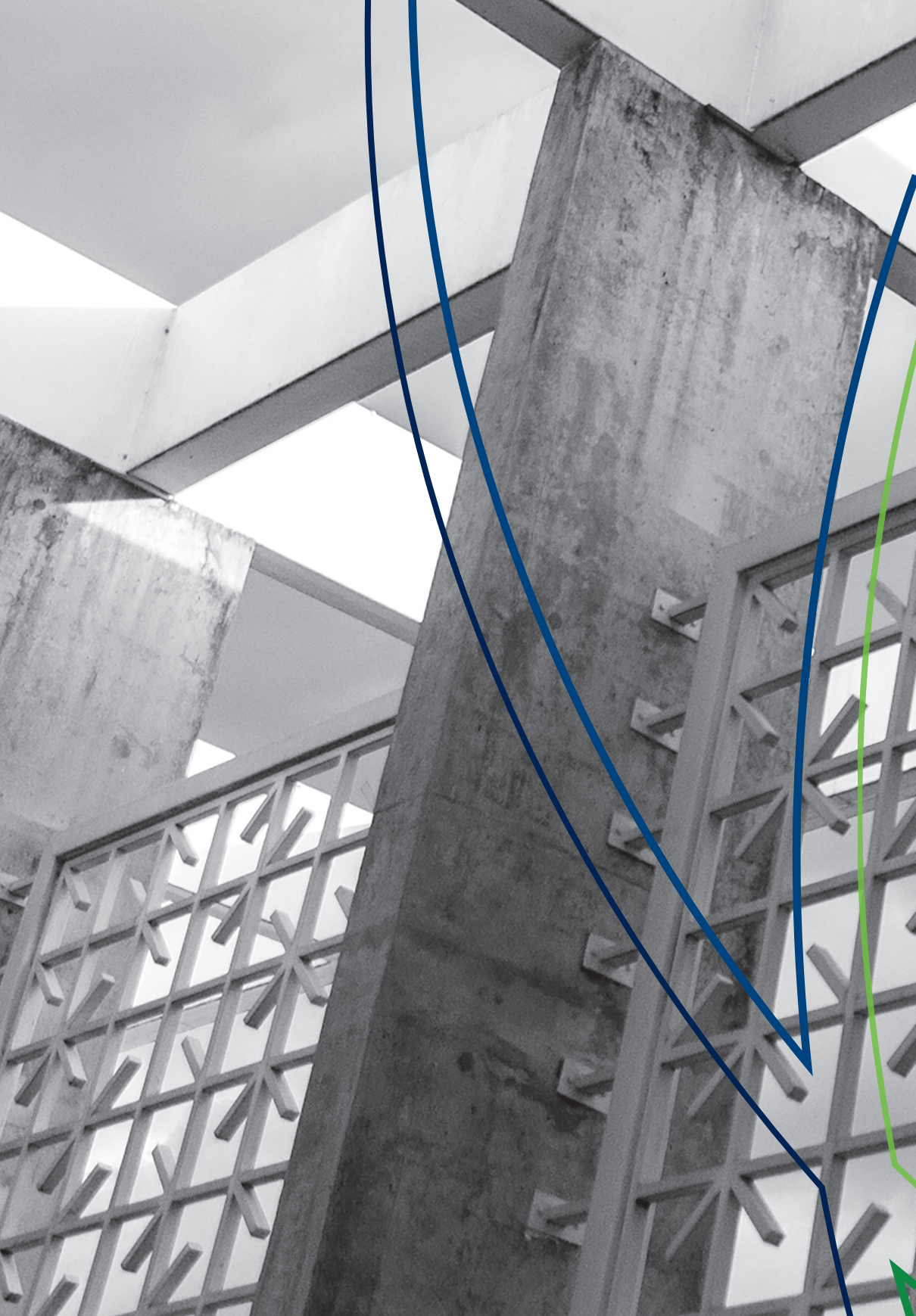
MONAGHAN, Lee F. Looking good, feeling good: the embodied pleasures of vibrant physicality. *Sociology of Health & Illness*, v. 23, n. 3, p. 330-356, 2001.

PEIRANO, Marisa. *A favor da etnografia*. Brasília, DF: UnB, 1992. Série Antropologia.

SABINO, César. *O peso da forma: cotidiano e uso de drogas entre fisiculturistas*. 372 f. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Instituto de Filosofia e Ciências Sociais, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2004.

SASSATELLI, Roberta. Interaction order and beyond: a field analysis of body culture within fitness gyms. *Body & Society*, v. 5, n. 2-3, p. 227-248, 1999.

- SHILLING, Chris. *The body and social theory*. London: Sage, 2005.
- SILVA, Alan Camargo. “*Limites*” corporais e risco à saúde na musculação: etnografia comparativa entre duas academias de ginástica cariocas. 446 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2014.
- SILVA, Alan Camargo. *Corpos no limite: suplementos alimentares e anabolizantes em academias de ginástica*. Jundiaí: Paco Editorial, 2017.
- VELHO, Gilberto. *Individualismo e cultura: notas para uma antropologia da sociedade contemporânea*. Rio de Janeiro: Zahar, 1994.
- VILELA, Luiz. F. Musculação como forma de transformação corporal e (re)afirmação do masculino. In: ENCONTRO NACIONAL UNIVERSITÁRIO DA DIVERSIDADE SEXUAL, 8., 2010, Campinas. *Anais...* Campinas: Unicamp, 2010. p. 1-12.
- VIVEIROS DE CASTRO, Eduardo. O nativo relativo. *Mana*, v. 8, n. 1, p. 113-148, 2002.
- WACQUANT, Loic. *Corpo e alma: notas etnográficas de um aprendiz de boxe*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2002.
- ZENOBI, Diego. O antropólogo como “espião”: das acusações públicas à construção das perspectivas nativas. *Mana*, v. 16, n. 2, p. 471-499, 2010.



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.¹ Cheguei cedo, apresentei-me na recepção, perguntei pela coordenadora e fiquei aguardando-a na

¹ 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 internação² 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.

² 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.³ 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.

³ 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.




Capítulo 8

8

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

Lidiane Mara de Ávila Silva

O interesse pelas questões relacionadas à hanseníase em Cuiabá e em Mato Grosso teve como marco meu ingresso no mestrado em saúde coletiva, no Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato



Grosso, quando busquei o programa de pós-graduação para cursar uma disciplina sobre metodologias de pesquisa qualitativa em saúde, que auxiliaria a construir meu projeto de pesquisa. Graduada em psicologia, ouvir pessoas sempre fez parte de minhas escolhas em projetos de extensão, em estágios e práticas.

Nesse contexto, conheci estudos inseridos na linha de pesquisa *Abordagens socioantropológicas dos adoecimentos crônicos*, que me fizeram refletir sobre os impactos e as mudanças que imperam na vida de quem adoece. Essa aproximação me fez pensar na hanseníase como tema de pesquisa. Partindo da premissa de tratar-se de uma doença negligenciada, tornou-se também crucial refletir sobre esse termo. Minha experiência pessoal com essa condição foi decisiva para a escolha.

Por volta do ano 2000, meu pai, divorciado, vivia sozinho em uma pensão em Rondonópolis, interior do estado. Ele era diabético, seguia o tratamento com muita dificuldade, irregularmente. Próximo aos 40 anos, começou a perder gradativamente a visão devido à retinopatia consequente da doença. Nesse momento, precisou deixar o trabalho que exercia como comerciante autônomo. Sem o direito de se aposentar por não ter contribuído à Previdência Social devido à baixa renda, viveu alguns anos apenas com a ajuda dos familiares. Algum tempo depois, passou a receber um salário mínimo proveniente do Benefício de Prestação Continuada, programa destinado às pessoas com deficiência no Brasil, renda com a qual vive atualmente. De certa forma, a família atribuiu a seqüela da doença à sua própria negligência. “Como pôde chegar ao ponto de perder a visão e, conseqüentemente, comprometer sua renda?” Por muito tempo, acreditei nisso e somente após a imersão no campo da saúde coletiva pude compreender o processo de saúde e de doença de forma mais ampla, considerando, por exemplo, o acesso aos serviços de saúde, a relação entre os determinantes sociais e a saúde, inclusive, o trabalho, a renda, a situação familiar e o quanto as políticas de saúde importam. Percebi que não se tratava de um problema individual e, não obstante, o diagnóstico e o tratamento adequados no início da doença poderiam ter feito diferença na vida de meu pai.

No mestrado, conheci um projeto sobre hanseníase e reações hansênicas. Desenvolvi pesquisa sobre a experiência de adoecimento considerando os impactos produzidos pela doença, como as marcas na pele, o gerenciamento da dor crônica, os efeitos sociais e econômicos com os quais as pessoas adoecidas tinham que conviver. Nos resultados da dissertação, ficou evidente que a hanseníase ainda é uma doença estigmatizante, cujas marcas vão muito além do plano corporal, o que faz com que as pessoas se afastem socialmente, gerando exclusão e discriminação (ÁVILA E SILVA, 2014). No estudo, chamaram a atenção, nos relatos de minhas interlocutoras, o fato de não terem conseguido realizar o diagnóstico da doença na Atenção Básica e as dificuldades no acesso aos serviços de referência, o que me levou aos serviços de saúde, no intuito de conhecer, desta vez, interpretações, significados e práticas sobre a hanseníase, na perspectiva dos profissionais de saúde.

Tendo ingressado no doutorado em saúde coletiva em 2015, dei continuidade à proposta supracitada (ÁVILA E SILVA, 2019). Hoje, atuando na carreira acadêmica como docente da área de Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde, meu olhar sobre a hanseníase vincula-se cada vez mais ao tema das doenças negligenciadas. Estas, como o próprio nome revela, não têm despertado interesse e investimentos de governantes para tirá-las do rol dos problemas. Contudo, percebo que essa classificação também é expressa nas relações sociais, nos significados e nas práticas de saúde.

Mantendo o olhar atento aos adoecimentos crônicos, noto o quanto os impactos de um adoecimento, seja hanseníase, seja diabetes, aliados a um sistema de saúde negligente com as populações vulneráveis, de baixa renda, sem uma rede de apoio adequada, podem ser traduzidos em sofrimento. Uma negligência cujo discurso, muitas vezes, responsabiliza indivíduos cujo acesso aos serviços de prevenção e de diagnóstico foi negado.

Negligência pode ter muitos significados, de acordo com os contextos. No âmbito geral, significa falta de cuidado, desatenção, desleixo, irresponsabilidade em assumir determinadas tarefas. Portanto, a ideia

de omissão está sempre presente. Negar a existência, não fazer, não ver, não falar. A linguagem impõe um sentido. Nessa perspectiva, Fassin (1996) assinala que, para representar o mundo social, as escolhas léxicas sempre vão ao encontro de perspectivas políticas. Segundo o autor, as palavras são construídas tanto para descrever, como para prescrever, para representar uma imagem da realidade em que se pretende intervir ou, no caso, relegar para segundo plano.

Reconhecendo a implicação de meu objeto de estudo e da dor do Outro, que não me é indiferente, não se trata apenas de motivação individual suscitada pela empatia ou pela compaixão. Diferentemente do que ouvi de alguns profissionais durante a pesquisa de campo para quem “trabalhar com hanseníase, tem que ter muito amor”, reconheço, em primeiro lugar, o direito de acesso aos serviços e aos cuidados em saúde. Assim, considero fundamental a análise de uma doença negligenciada pautada no direito à saúde, garantido constitucionalmente no Brasil pelo reconhecimento da saúde como produto das condições de vida.

1. A hanseníase em Mato Grosso: negligência como problema de saúde pública

Ao questionarem a expressão *problema de saúde pública*, Costa e Victora (2006) ressaltam que, na classificação de uma doença ou de um agravo, é considerada, entre outros aspectos, a carga de mortalidade, de morbidade e de sofrimentos causados por fatores como os impactos na vida dos indivíduos e de suas famílias, a extensão da incapacidade, a dor e o desconforto. Consideram-se também o custo do tratamento e o impacto na sociedade, acrescidos da dimensão econômica; a possibilidade de prevenção; e a repercussão em níveis epidêmicos na população.

Sendo uma doença tropical negligenciada, a hanseníase perpetua ciclos de pobreza ao afetar predominantemente populações que vivem em situações vulneráveis, agravadas por seu potencial incapacitante que, muitas vezes, requer um afastamento do trabalho e gera prejuízos sociais e econômicos aos adoecidos. Assim, é fundamental questionar

o lugar ocupado pela população adoecida nas agendas políticas dos países, como também o papel dos profissionais de saúde e a organização dos serviços que produzem negligências em diversas situações cotidianas, como pude observar.

A magnitude da hanseníase no Brasil mostra que o país registrou, em 2017, 1,35 casos para cada 10 mil habitantes. No entanto, em focos de elevada endemicidade, como o estado de Mato Grosso, foram registrados, no mesmo ano, 10,85 casos para cada 10 mil habitantes,¹ a maior prevalência do país (BRASIL, 2018). No *ranking* da doença, também estão os estados de Tocantins e do Maranhão, junto com outros 11 estados que registram mais de um caso para cada 10 mil habitantes. A maioria dos casos diagnosticados é classificada como multibacilar (BRASIL, 2016), o que evidencia atraso no diagnóstico e no tratamento e mais chances de incapacidades físicas crônicas (IGNOTTI *et al.*, 2001).

O tratamento da hanseníase e das reações hansênicas é oferecido somente na rede pública de saúde, pois a Organização Mundial de Saúde (OMS) assumiu o papel de, em conjunto com os governos, controlar a doença como problema de saúde pública. A OMS padronizou o tratamento e tem distribuído a poliquimioterapia (PQT) gratuitamente, mobilizando, desta forma, o compromisso político dos países endêmicos.

Em um país em que o direito à saúde é garantido em Constituição, soa paradoxal que o próprio Ministério da Saúde use a expressão *doenças negligenciadas*. Nesse rol, estão ainda outras doenças, como a tuberculose, a malária e a doença de chagas, que apresentam números preocupantes para o país. A ausência de investimentos por parte das indústrias farmacêuticas em produzir novos medicamentos para essas doenças e a falta de incentivo às pesquisas sobre o tema (VIRMOND, 2011) reforçam o papel do Estado em fomentar ações que tirem das populações o peso da negligência.

¹ O parâmetro para considerar este número hiperendêmico é de cinco casos para cada 10 mil habitantes. A média brasileira é de um caso para cada 10 mil habitantes, ou seja, em níveis nacionais, a hanseníase poderia ser considerada controlada (MARTELLI *et al.*, 2006).

2. A construção do campo em uma etnografia multissituada

Ao realizar uma etnografia multissituada (MARCUS, 1995), ocupei múltiplos espaços em diferentes níveis e olhares por meio da observação de consultas médicas, de consultas de enfermagem, de salas de recepção dos serviços de saúde, de capacitações para profissionais, de seminários e de encontros sobre o tema. Nesse período, que inclui os seis anos em que realizo pesquisas sobre hanseníase, foi possível construir um material cuja análise só pode ser realizada à luz das condições que me permitiram produzi-lo: sempre em relação com meus interlocutores. Por isso, trago, neste capítulo, alguns aspectos da reflexividade nesta pesquisa etnográfica multissituada sobre interpretações e práticas de profissionais de saúde envolvidos no diagnóstico e no tratamento de hanseníase em Cuiabá – MT.

Ao analisar os percursos da pesquisa etnográfica, Guber (2001) destaca a importância de considerarmos três reflexividades que se referem, em primeiro lugar, às motivações pessoais, as quais remetem à minha trajetória; em segundo, às escolhas metodológicas que englobam minha reflexividade como pesquisadora; e, não menos importante, à reflexividade de meus interlocutores, que me permite considerar como eles compreendem meu papel, o que estamos produzindo e o resultado dessa interação. Para tanto, buscarei trazer elementos de minha experiência que elucidem aspectos dessas reflexividades.

Realizar uma etnografia em serviços de saúde de Cuiabá – MT foi um grande desafio. Além das minhas próprias resistências, encontrei outras por parte dos profissionais de saúde. Houve um grande receio por terem, naqueles espaços, o que poderiam considerar uma pessoa “infiltrada”, alguém com potencial de produzir danos ao grupo (ZENOBI, 2010) ao relatar práticas relacionadas aos pacientes com hanseníase. Por algum tempo, pensei estar muito distante de conseguir produzir um material que me permitisse dar visibilidade aos desafios vivenciados todos os dias pelos profissionais. Porém, algumas situações particulares foram de crucial importância no compartilhamento de sentimentos com os profissionais

e na avaliação do quão negligentes os serviços e os profissionais poderiam ser com os doentes acometidos pela hanseníase.

Em março de 2016, eu estava no consultório médico do Dr. Paulo,² em um serviço de referência em atendimento a pessoas com hanseníase, quando uma auxiliar de enfermagem avisou-o que um paciente aguardava atendimento. Era o Sr. José, homem de 57 anos, residente na zona rural de Chapada dos Guimarães, pequeno município a 70 quilômetros da capital. Encaminhado pela Unidade Básica de Saúde (UBS) da região, Sr. José morava sozinho e disse não saber ler ou escrever. Ao observar suas mãos, vimos que estavam machucadas. O Dr. Paulo examinou-as e perfurou uma agulha³ em uma delas, mas o Sr. José pareceu não sentir. Ao retirar os sapatos para que ele examinasse seus pés, vimos que tinha dedos amputados em decorrência da doença, úlceras e odor forte. Dr. Paulo pressionou a região com as mãos e o paciente, olhando para mim, disse, sorrindo, que sentia dor. Indignados com a situação, entreolhamo-nos, eu e Dr. Paulo, quando este exclamou: “Ele está curado, viu? Tá curado! Tá aqui a sua entrevista”.

Falar dos desafios vivenciados pelos profissionais é falar também de suas responsabilidades quando atuam em serviços públicos de saúde, no atendimento às pessoas acometidas por uma doença endêmica e negligenciada. Embora entusiasmada pelo tema, ele muitas vezes me silenciava, como naquela consulta, ao ver, no cotidiano, um adoecimento que ainda poderia mutilar um ser humano. Mesmo entre profissionais mais comprometidos, a sensação era de impotência diante de tamanha complexidade. Ao acompanhar histórias e conflitos relacionados à hanseníase em Cuiabá, ocupei espaços geográfica e epistemologicamente diversos, incorporando, em minhas análises, o cotidiano das relações entre profissionais e pacientes nos serviços de saúde e nos locais onde o tema era discutido, sem desprezar a análise necessária

² Os nomes dos pacientes e dos profissionais citados são fictícios, a fim de garantir o anonimato de suas identidades.

³ Procedimento realizado para verificar possíveis alterações de sensibilidade em pacientes com hanseníase.

de uma doença negligenciada, superando, assim, a dicotomia micro e macrossocial (MARCUS, 1995).

Minha imersão começou pelos serviços de saúde, propriamente, nos primeiros meses de 2016, logo após o primeiro contato com profissionais ou responsáveis técnicos. Busquei conhecê-los de forma ampla (e não restrita à atenção às pessoas com hanseníase) no que se refere aos serviços prestados, ao fluxo de pacientes, ao modo como eles chegavam até as unidades, ao atendimento e à existência, ou não, de pacientes com hanseníase (no caso da UBS). Aos poucos, identifiquei informantes-chave, pessoas com as quais passei a maior parte do tempo, que me ajudaram a ser aceita pelo restante do grupo (FOOTE-WHYTE, 1975) e com as quais também pude manter uma relação mais pessoal e conversas sobre o cotidiano.

O primeiro espaço em que me inseri como pesquisadora foi o Serviço de Referência 1 (SR1), no ambulatório de dermatologia, onde atuava uma equipe composta por médicos, por fisioterapeutas, por terapeutas ocupacionais, por nutricionistas, por farmacêuticos, por enfermeiras, por técnicas em enfermagem, por um técnico em prótese e em órtese que prestava serviço de adaptação de calçados. Priorizei o acompanhamento nos períodos em que havia atendimento médico, quando as consultas com os outros profissionais também eram agendadas. Inicialmente, busquei o fluxo de pacientes como meio para chegar até os profissionais, almejando ser aceita pela equipe, pois “se as pessoas o aceitam, você pode perambular por todo o canto e a longo prazo vai ter as respostas que precisa sem fazer perguntas” (FOOTE-WHYTE, 1975, p. 82). Encontrei, em um dos fisioterapeutas do serviço, o apoio de um informante-chave, ao ponto de ele se lembrar de me contar casos de pacientes que eu havia perdido quando não estava presente. Conhecíamos-nos de vista, por termos amigos da área acadêmica em comum, então, não tive dificuldades em ser aceita naquele espaço. Porém, havia certa tensão por parte da equipe quanto à minha presença, o que ficava evidente na preocupação dos profissionais em mostrar a importância do serviço ou das atividades e dos protocolos realizados, embora, naquele momento, segundo os profissionais, a *referência* (como

era chamada) não cumprisse suas atribuições como antigamente, pois os cortes de recursos financeiros haviam afetado o serviço significativamente. Ainda assim, surpreendi-me com a infraestrutura e com os recursos humanos disponíveis, pois imaginava acompanhar apenas médicos e enfermeiros, supondo que estes teriam contato e vínculo maior com os pacientes. Ao conhecer a “referência”, percebi que outros profissionais tinham tanto ou maior contato com eles e passei a acompanhar os profissionais de acordo com o acolhimento que recebia, o que me permitiu conhecer diferentes pontos de vista.

O espaço físico do ambulatório era amplo e possuía uma recepção, onde havia sempre duas ou três pessoas que acolhiam os pacientes. Havia, no entorno, uma sala de triagem, na qual era feita a pesagem e a aferição da pressão arterial, além de outra sala, em que as assistentes sociais orientavam os pacientes em relação aos encaminhamentos, ao auxílio-doença, ao agendamento de exames. Também no entorno da recepção, havia uma sapataria onde profissionais avaliavam e confeccionavam as adaptações de calçados para pacientes com alterações neurológicas causadas pela doença. Em um espaço interno, havia um corredor amplo, onde ficavam os consultórios de enfermeiras, de médicos, de nutricionistas, de fisioterapeutas; três salas de curativos nas quais técnicas de enfermagem recebiam os pacientes. Havia ainda uma copa, um almoxarifado e, no final do corredor, um centro cirúrgico, onde, no momento da pesquisa, eram recebidos os pacientes que fizeram cirurgias para troca de curativos ou retirada de pontos.

Em função das consultas médicas e dos atendimentos, as observações eram realizadas nos períodos em que havia atendimento por um hansenólogo e, conseqüentemente, pelos demais profissionais. Nas primeiras visitas, convidei o médico especialista para participar do estudo e solicitei permissão para acompanhar seu trabalho. O médico argumentou que ali não era um hospital-escola e que, além disso, seus pacientes não estavam acostumados com pessoas estranhas durante as consultas. Apesar da negativa, continuei frequentando o serviço nos mesmos horários, pois outros profissionais me acolheram e sentiram-se até lisonjeados com minha presença.

Além dos atendimentos mencionados, o serviço oferecia cirurgias de reparação neural nos casos em que o paciente fazia uso de medicação para dor por período prolongado ou para prevenir incapacidades permanentes, como as *mãos em garra*.⁴ Passei a acompanhar as consultas do médico cirurgião, que foi receptivo ao estudo, alegando que estava acostumado a trabalhar com estudantes em um hospital-escola, onde também atuava.

Embora a relação com a maioria dos profissionais tenha sido sempre cordial, havia uma tensão constante graças à desconfiança e à negativa da parte de alguns, motivados pelo aparente desinteresse do estado de Mato Grosso em manter o serviço. A ausência de recursos, de materiais básicos de trabalho, de mão de obra para serviços de reparação; as greves e as paralisações evidenciavam o conflito. Os profissionais mencionavam frequentemente que o serviço poderia fechar a qualquer momento, pois nem sempre havia médicos e, sem eles, não haveria pacientes. Contrários ao desmantelamento do serviço, esforçavam-se para me fazer conhecer e manter vivas as memórias de alguns anos atrás, quando havia grande número de médicos “realmente bons e comprometidos”, além de materiais e de recursos que fizeram com que o serviço se transformasse, naquele momento, em um serviço de referência.

Além das observações no SR1, entrei em contato com a enfermeira responsável por uma Unidade Básica de Saúde. Localizada em região periférica da cidade, a aproximadamente 10 quilômetros de minha residência, identifiquei-a por estar inserida em uma região endêmica de Cuiabá, segundo dados de um estudo ecológico sobre a distribuição dos casos na cidade (SOARES DOS SANTOS, 2012).

Pessoalmente, a enfermeira foi receptiva, mas também muito desconfiada. Logo perguntou se eu havia sido enviada pela Secretaria Municipal de Saúde para fazer algum tipo de avaliação do serviço. Prontamente, respondi que não e expliquei os objetivos da pesquisa, solicitando sua autorização para realizar observações participantes

⁴ Expressão usada para uma atrofia dos dedos das mãos, causada pela inflamação neural.

na unidade. Mesmo com receio, ela aceitou e disse estar acostumada a receber alunos dos cursos de medicina, de nutrição, entre outros. Ao me apresentar a alguns profissionais da unidade, referiu-se a mim como pesquisadora em hanseníase, o que causou estranhamento por parte dos profissionais. Nesse momento, a médica da unidade cumprimentou-me e disse que ali não eram realizados diagnósticos de hanseníase, sugerindo que eu procurasse outra unidade ou a policlínica de referência. Embora conhecesse as portarias que dispõem sobre o diagnóstico na atenção básica, assumi postura de desconhecimento em relação à rotina e às atribuições do serviço. Pedi à enfermeira responsável que me permitisse passar algum tempo naquele espaço.

Depois de alguns meses, percebi grande constrangimento ao falar sobre hanseníase naquele lugar. Em conversas e em entrevistas com a enfermeira e com uma agente comunitária de saúde, elas relataram estar pessoalmente realizando tratamento de hanseníase e, mesmo sendo profissionais de saúde que conheciam os sintomas, não obtiveram a confirmação do diagnóstico naquela unidade. Para a médica, os relatos não passavam de desculpas para que elas não trabalhassem e, por isso, hanseníase era um tema que se discutia nos corredores, não entre profissionais. A negação da doença aponta determinadas formas de sua abordagem, em que há modos de não ver e de não dizer. A negligência, assim, fica no plano da invisibilidade e do silêncio. Implica também a desconfiança. Esta, da mesma forma que foi dirigida a mim como pesquisadora, fez-se presente também em relação às profissionais de saúde que usariam sua doença para faltar ao serviço. São categorias que se entrecruzam no cotidiano dos serviços.

O trabalho de campo na UBS durou cerca de cinco meses e foi encerrado porque passei a frequentar a policlínica da região devido à falta de atendimento na unidade, mas também porque, de certa forma, tendo realizado observação participante e entrevistas com informantes-chave, considerei as possibilidades naquele espaço saturadas. Foi importante dispor de tempo para ir aos outros três serviços em que ainda realizava observações. Porém, esse campo foi crucial para entender como o cuidado necessita de sentidos acurados que, ao que tudo indica, muitos

serviços não conseguem ter. É no campo do acompanhamento que a negligência também se faz presente, isto é, quando falham os cuidados em saúde para com a doença.

A partir de então, procurei a policlínica da região, para onde eram encaminhados os casos de hanseníase não diagnosticados na Atenção Básica. Com diversas especialidades médicas, como pediatria, pneumologia, psiquiatria, ginecologia, havia, entre eles, um ambulatório voltado aos pacientes com hanseníase e com infecções sexualmente transmissíveis. A policlínica não dispunha de muitos recursos materiais, mas de um profissional com vasta experiência na área de infectologia. Procurei diretamente o professor e médico João, responsável pelo ambulatório, e solicitei sua autorização para acompanhá-lo. Ao me receber com entusiasmo, ele falou sobre sua história. Tendo se aposentado na área de pediatria, Dr. João especializou-se também em saúde pública e há cerca de 15 anos passou a atender pessoas com hanseníase, tornando-se um profissional de referência em todo o estado. No ambulatório, ele recebia pacientes para confirmação de diagnóstico, pacientes com complicações causadas pelas doenças – como reações hansênicas –, mas também pacientes com doenças dermatológicas em geral e infecções sexualmente transmissíveis.

Os pacientes atendidos no serviço, em geral, iam em busca do profissional, o que caracterizava uma relação pessoalizada. No consultório, havia apenas uma mesa e uma cadeira para o profissional, uma maca para o paciente com uma pequena escada, um pequeno armário com alguns utensílios e cadeiras para os estudantes – grupo no qual fui incluída, por ser a "pesquisadora em hanseníase".

O médico conversava muito com os pacientes sobre os sintomas e o tratamento, examinava-os minuciosamente e ensinava os estudantes (e a mim) a fazerem o mesmo. Ele referiu gostar muito do que fazia, sem deixar de destacar que seu trabalho era direito dos pacientes e necessidade dos serviços, pois sabia que havia poucos profissionais que atuavam na área. O médico, além de explicar aos alunos os principais sintomas e históricos de seus pacientes, conhecia suas histórias de vida, e a maioria dos problemas de saúde relatados pelos pacientes eram resolvidos ali mesmo.

No pequeno consultório de aproximadamente 15 metros quadrados, sempre havia estudantes do último semestre do curso de medicina que, na disciplina de saúde coletiva, passavam uma semana acompanhando o trabalho de Dr. João. As experiências que tive nesse serviço foram fundamentais para compreender questões relacionadas ao diagnóstico e ao tratamento, mas também à formação dos estudantes que, possivelmente, atuariam como clínicos gerais em unidades básicas de saúde. Aquela era a única semana em que os estudantes tinham contato com os pacientes com hanseníase. Considerando que o exame é clínico, não havia outra forma de aprender sobre a doença que não fosse examinando os pacientes.

Para o médico, “não se aprende hanseníase sem pôr a mão no paciente, sem apalpar os nervos e examinar o corpo”, frase que ouvi inúmeras vezes, em contraponto a outras doenças cujo diagnóstico se faz com base no relato dos sintomas ou em exames laboratoriais ou de imagem. Essa é uma questão importante, pois no meio médico há críticas aos que “não põem a mão no paciente”. Segundo Dr. João, que reconhecia o estigma relacionado à hanseníase, era importante para os pacientes serem tocados, como forma de dizer que o que eles tinham não era contagioso. Além disso, o médico, que se declarava religioso, entendia que tocar o paciente era também uma forma de carinho e de cuidado.

Dr. João, também responsável pelo ambulatório específico de atendimento aos pacientes com hanseníase no Serviço de Referência 2 (SR2), recebeu-me com entusiasmo e autorizou-me o acompanhamento das consultas médicas todas as semanas, por um ano. Trata-se de um hospital-escola que possui programas de residência médica em infectologia e em dermatologia, onde são atendidos pacientes com hanseníase em casos de difícil diagnóstico e de acompanhamento de reações hansênicas.

Minha presença foi pouco notada pelos estudantes, pois sempre havia ali muitos residentes, mas, quando alguém perguntava se eu era médica, o professor se encarregava de explicar que eu fazia pesquisa sobre hanseníase (confundindo minha formação com assistência social): “É ela quem explica aos pacientes, quem entende sobre como eles se sentem. Ela sabe sobre o estigma da doença”. Logo após, aproveitava

para explicar aos alunos o quanto a sociedade e o próprio paciente ainda sofrem e reproduzem preconceito e estigma.

Antes de entrar em campo delimitarei, com base na literatura e nas políticas/programas, os possíveis espaços de observação, mas foi ao conhecer os profissionais que trabalham com hanseníase que me aproximei do universo relacionado ao tema. Além dos serviços, havia uma teia de articulação que envolve a coordenação dos programas municipal e estadual e, paralelamente, eventos e seminários realizados no estado, bem como uma rede de apoio promovida pelas pessoas que têm ou tiveram hanseníase. Como ressaltou Guber (2001), manter-se flexível abre caminhos na pesquisa etnográfica.

Em um dia de capacitações, tive a oportunidade de ir ao Distrito da Guia, distante em torno de 30 quilômetros de Cuiabá, para acompanhar uma investigação de casos de hanseníase em membros de uma mesma família. Em outro momento, participei de um *workshop* de empoderamento organizado por pessoas que tiveram hanseníase. Na ocasião, foram discutidas novas formas de geração de renda, pois muitos deixaram a antiga ocupação em decorrência de incapacidades. Ser legitimada entre adoecidos foi muito importante, por saber que, mesmo sem a pretensão de representá-los, o que não seria possível, eu era conhecida como alguém que se esforçava para compreender o que eles vivenciavam.

Em um seminário de avaliação e de planejamento em hanseníase, os profissionais foram convidados a refletir sobre sua contribuição às práticas de autocuidado empreendidas cotidianamente pelos pacientes. Em determinado momento, enquanto participava da discussão, considere importante solicitar a autorização dos profissionais para destacar aspectos neste estudo, como o fortalecimento do serviço, o auxílio aos pacientes, entre outras questões. Ao considerar-me uma “infiltrada” prestes talvez a expor o serviço, uma profissional de saúde que trabalhava em período diferente daqueles em que eu costumava realizar observações acusou-me de estar sendo antiética. Outros profissionais, percebendo meu desconforto, defenderam-me perante a situação. Foi um momento de grande exposição e fragilidade, modificando as condições da pesquisa perante os demais profissionais, pois, no intuito de me defender, eles passaram a me auxiliar na construção dos dados.

A situação é um exemplo da maneira como minha interação com profissionais de saúde ultrapassou os portões dos serviços e aprofundou-se na medida em que estabeleci relações, não somente profissionais, mas de alguma forma, pessoais. Por várias vezes, ouvi-os dizer como seria bom para o serviço se eu prestasse um concurso público e fosse trabalhar com eles. Sendo jovem e estudiosa – como eles se referiam a mim –, seria uma grande oportunidade de “fazer carreira” como servidora pública do estado de Mato Grosso.

Com minha inserção nesses contextos, ser aceita ou não, ser confiável ou não se tornou objeto de reflexão. Aos interlocutores que se mostraram mais receptivos à minha presença nos serviços, solicitei autorizações individuais para acompanhar suas rotinas, consultas e também para concederem entrevistas individuais. É importante destacar que ter tido a autorização dos comitês de ética em pesquisa não foi suficiente para incluir um serviço de saúde no estudo. Foi preciso estabelecer relação com os profissionais que tornasse possível a produção dos dados etnográficos. A seguir, descrevo alguns dos desafios dessa etnografia.

3. Lugares e olhares na pesquisa etnográfica: a circulação entre a desconfiança e a benevolência

Superadas as desconfianças que marcaram os primeiros meses da pesquisa de campo, foi possível estabelecer relações positivas com meus interlocutores. Desde o início, coloquei-me à disposição para auxiliá-los, o que, para mim, era uma forma de aproximação e, para eles, provavelmente, um meio de obter dados. O tempo permitiu mudanças nas impressões de ambos os lados. De minha parte, percebi que não há como construir uma relação de confiança sem implicar-se, sem falar de si, sem demonstrar emoção ou indignação. Eles, por sua vez, parecem ter chegado à conclusão de que eu gostava muito do que estava fazendo, e “para trabalhar com hanseníase, era preciso muito amor”. A afirmação remetia às minhas motivações pessoais de escolha do tema, mas também às concepções dos profissionais de saúde que atuavam na área. Ao dizê-la, dona Lúcia referiu-se à sua própria motivação

enquanto conversávamos no SR1. Há mais de 30 anos, ela atuava como técnica em enfermagem fazendo desbridamento e curativos de feridas em pacientes com hanseníase e com diabetes. Mesmo quando faltavam materiais, ela leva a pomada que auxilia a cicatrização. As vezes em que a acompanhei foram momentos difíceis para mim, pois muitos deles significavam a instalação de incapacidades permanentes para os pacientes. Retomando o exemplo de João, foi importante me dar conta de que as amputações, as feridas, as mãos em garra machucadas pela ausência de sensibilidade me impressionaram muito. Porém, incomodou-me, sobretudo, a fala de dona Lúcia, para quem o atendimento parecia uma benesse, e não um direito.

A relação com os profissionais tornou-se mais dinâmica e, em alguns momentos, pensei estar acostumada aos dados que emergiam das consultas. Precisei de algum esforço para estranhar certas questões. Ao acompanhar Dr. João no Hospital Universitário, percebia claramente, no começo, que ele se indignava com os pacientes que não usavam calçados fechados que, para ele, eram a única forma de proteção dos pés. Certa vez, depois de acompanhar a consulta de um senhor de aproximadamente 60 anos, ao registrar meus sentimentos em diário de campo, somente pude anotar as seguintes palavras: “É muito sofrimento”. Naquela tarde, o professor parecia cansado e disposto a resolver logo os casos no ambulatório. Em geral, eram atendidos entre dez e 12 pacientes, e cada consulta não durava menos de 30 minutos. Então, muitas vezes, saíamos do hospital no início da noite. O paciente chegou usando chinelos nos pés e logo o professor dirigiu-se a ele dizendo em alto tom: “Quem tem hanseníase não pode usar chinelo, tem que usar sapato fechado”. O paciente também estava com os pés sujos de terra – pensei que, provavelmente, ele chegara ao serviço pelo transporte público e tinha caminhado por ruas não asfaltadas, o que é muito comum nas periferias de Cuiabá. Enquanto o professor brigava dizendo que não o atenderia novamente se ele retornasse ao serviço naquela situação, senti vontade de chorar.

Por um lado, imaginei a vulnerabilidade social na qual ele vivia e, por outro lado, questionava-me, conhecendo o processo que resultaria

em ainda mais impactos para aquele paciente. Como os profissionais de saúde poderiam ajudá-lo a compreender a importância do autocuidado sem impor conceitos de higiene? Seria mesmo dele a responsabilidade pelas incapacidades resultantes daquela situação de ausência de cuidado? No final da consulta, tentei dizer algo ao paciente enquanto o professor e os residentes saíam da sala, mas só consegui pensar que aquela era uma forma de violência com os pacientes.

Voltando à UBS, a equipe promoveu um café da manhã em espaço comunitário em comemoração ao Dia Internacional da Mulher. Por termos tido conversas pessoais em que falei sobre minha formação em psicologia, a enfermeira me convidou para falar com as mulheres do bairro sobre algum tema relacionado. Ela sugeriu que eu abordasse o papel da mulher na sociedade, pois muitas delas criam os filhos sozinhas; engravidam muito jovens; vivem a violência no bairro, o tráfico e o uso de drogas. Por não ter afinidade com esses temas e por já ter participado de grupos de apoio na Delegacia da Mulher de Rondonópolis durante a faculdade, sugeri que falássemos sobre o protagonismo da mulher na sociedade e a violência doméstica, articulando, assim, o protagonismo e o empoderamento, temas que sempre despertaram meu interesse. De forma semelhante, Fainzang (1998) referiu como palestrou para seu grupo de pesquisa, um grupo de apoio a alcoolistas, de forma a atender um pedido do grupo e, dessa forma, estreitar suas relações com os indivíduos. Ao mesmo tempo, entendeu que essa atitude era uma forma de agradecer ao grupo que havia lhe aberto o campo de pesquisa. Porém, em sentido inverso ao que aconteceu com a autora, o encontro serviu para me abrir o campo de pesquisa.

Ao chegar à unidade no dia seguinte, os profissionais que antes se intimidavam com minha presença disseram: “Ela é quietinha, mas quando fala, hein?” referindo-se à minha postura, sempre atenta e observadora. Eu procurava não interferir no trabalho dos profissionais, justamente porque eu poderia atrapalhar a rotina. Por um lado, percebi, nessa fala, que talvez eles esperassem maior interação de minha parte. Por outro lado, em consultas médicas com enfermeiros ou fisioterapeutas, quando percebia que o paciente não havia entendido alguma

orientação em relação ao tratamento ou ao cuidado, eu interferia fazendo alguma pergunta que levasse o profissional a explicar novamente o que o paciente deveria fazer.

O interconhecimento modificou as condições da pesquisa e percebi que a interação com os profissionais colocava em evidência o que era importante para mim, já que nem sempre eles compreendiam os objetivos de meu estudo. Depois que passei a palestrar para a comunidade, eles se ofereceram para ajudar em minha pesquisa, fosse com entrevista, fosse com conversas sobre os pacientes acompanhados na unidade. Em virtude da ausência de diagnósticos e mesmo dos poucos pacientes em acompanhamento, senti que a equipe queria retribuir o favor.

Retomando minhas inquietações iniciais sobre a unidade, ao entrevistar a médica responsável, ela relatou que encaminhava todos os pacientes suspeitos para a policlínica de referência por não se sentir segura em realizar o diagnóstico e iniciar o tratamento. Ela acreditava que, em Cuiabá, todos os médicos faziam o mesmo. Em sua fala, indicava que realizar diagnósticos de pacientes com hanseníase não era uma atribuição da UBS. A médica também se justificou dizendo não ter aprendido, em sua formação, a fazer tais diagnósticos e que, em última instância, tinha filhos pequenos e não poderia correr o risco de levar a doença para casa. Isso mostra que também entre profissionais de saúde e não somente entre pacientes, há equívocos em relação à transmissão da doença. Segundo a literatura, a hanseníase só é transmitida mediante contato íntimo e prolongado entre pessoas com a forma multibacilar e sem tratamento (TALHARI *et al.*, 2006).

A fala da médica chamou muito a atenção, pois uma das principais razões apontadas pelos profissionais dos serviços de referência para a permanência da endemia é justamente a ausência de diagnósticos na Atenção Básica, o que, diante do acesso restrito às referências, pode atrasar o diagnóstico, agravando os sintomas da doença. Porém, se, por um lado, há lacunas em sua formação, era de se esperar que um profissional que atua em região endêmica busque outros meios de capacitação para exercer a atividade no território de abrangência de sua unidade, com enfoque não apenas em hanseníase, mas nos principais problemas de saúde dessa população. Por outro

lado, em última instância, a discriminação de pacientes suspeitos – que imediatamente eram encaminhados, para serem “despachados”, como certa vez mencionou o médico da policlínica – caracterizava negligência e preconceito.

No caso da enfermeira responsável pela unidade e acometida por hanseníase, ela nem sequer procurou essa colega para manifestar sua dúvida em relação ao diagnóstico. Já sentindo dor nos braços e nas pernas há algum tempo e tendo realizado exames que não apontaram outros diagnósticos na rede privada, percebeu que seu rosto estava diferente, com diminuição dos pelos da sobrancelha, um dos possíveis sinais da doença. Suspeitando do diagnóstico, preferiu procurar diretamente o médico especialista, que atuava na policlínica próxima da região. Ao ver os sinais em seu rosto, logo ele confirmou o diagnóstico:

Eu cheguei no doutor, falei: “Doutor, eu vim aqui consultar com você porque eu acho que eu tô com hanseníase”. Ele disse: “Acha não, você está! Porque aqui, olha, não tinha sobrancelha quase que nenhuma.” Aí ele falou: “É hanseníase”. Aí, já comecei a tratar. (ÁVILA E SILVA, 2019).

Ao falarmos sobre a ausência de diagnóstico em sua unidade, a enfermeira lembrou que a confirmação só poderia ser feita pela médica responsável, mas considerando sua omissão nos casos suspeitos, ela recomendava que eles também procurassem João, médico da policlínica de referência. Naquele contexto, ao contrário do temor de que eu fosse uma espiã, fui chamada pelo médico para denunciar as mazelas do serviço, cujas condições de atendimento eram precárias: não havia um espaço onde os pacientes pudessem aguardar atendimento e, por vezes, faltava água, impedindo os atendimentos por questões de higiene.

Dr. João não era propriamente um hansenólogo, mas se considerava um estudioso no assunto, pois escolheu atender pessoas com hanseníase depois de se aposentar como pediatra. O médico tinha 70 anos e era considerado, pelos profissionais, um dos melhores no estado. Nos atendimentos, ele distribuía aos pacientes tênis usados para prevenir

que eles se machucassem devido à ausência de sensibilidade causada pela doença, minimizando as chances de incapacidades permanentes.

Para o profissional, a quem por diversas vezes expliquei sobre o meu estudo, mencionei também que, por ser psicóloga, eu buscava compreender aspectos estigmatizantes da doença. Foote-Whyte (1975) também conta como, em alguns momentos, não soube como explicar seu estudo, o que fez com que seus interlocutores desenvolvessem suas próprias explicações. O importante, destacou o autor, foi que sua aceitação dependeu mais da relação pessoal com eles do que das explicações que deu. Por um lado, ao mencionar o termo *etnografia*, nas poucas vezes em que o fiz, notei não ter significado algum, nem para o professor, nem para os outros interlocutores. Por outro lado, dizer que eu gostaria de acompanhar a rotina, os atendimentos, para compreender as interpretações, os desafios da atenção à hanseníase para os profissionais trouxe mais sentido para eles e para nossa relação. Nesse momento, muitos reiteravam a importância de meu estudo porque, para eles, o preconceito está no cerne dos problemas em relação ao diagnóstico e ao tratamento.

No SR1, percebi que inúmeras barreiras inviabilizavam o trabalho em equipe e indignava-me a pouca resolutividade oferecida aos pacientes diante da ausência de materiais ou de atendimento centrado na atuação do hansenólogo. Em muitos momentos, sentindo-se de mãos atadas, os profissionais diziam: “Mas aqui é referência, não poderia faltar”, ou seja, era claro o papel do serviço, mas muitos os desafios.

Entre os profissionais, alguns se sentiam lisonjeados pelo meu interesse em conhecer o trabalho e os serviços voltados às pessoas com hanseníase, mas destacando suas experiências na área, diziam: “Hanseníase precisa de gente que goste muito de trabalhar, porque não é fácil”. Como referiu a técnica de enfermagem: “Tem que ter muito amor”, também se remetendo a mim, pois várias vezes me disseram: “Vai ter concurso, você tem que estudar bastante para passar e vir pra cá”, o que me fazia pensar que, para eles, minha pesquisa também estava relacionada a um sentimento pessoal de caridade e não ao direito à saúde.

Diante da boa relação que estabelecemos, fomentada pelos encontros em outros dias da semana, o professor me chamava para explicar

os sintomas dos pacientes, contar histórias em que eles haviam sofrido alguma discriminação. Com o tempo, passei a ser uma ajudante em seu trabalho com os pacientes. Por exemplo, ao perceber que o paciente estava com as unhas grandes e poderia se machucar, para surpresa dos pacientes, ele dizia: “Filha, pegue para mim...”. Eu inclinava a cabeça – pois já sabia do que se tratava – e buscava o alicate para que ele cortasse as unhas dos pacientes.

Muitos foram os desafios ao me inserir e ocupar um lugar ou um papel nos serviços de saúde, mas destaco que se tratava de uma pesquisa sobre uma doença endêmica na região, atendida em serviços públicos nos quais, mesmo com bons profissionais, carecia-se de infraestrutura adequada para o tratamento dos pacientes. Não obstante, a desconfiança foi maior nos serviços cujos desafios ao atendimento às pessoas com hanseníase eram também maiores, por exemplo, onde não havia diagnóstico por insegurança médica, onde faltavam materiais para o cuidado com os pacientes.

Trata-se, para Zenobi (2010), do trabalho possível, pois as razões de ser considerada uma espã advêm da possibilidade de produzir dano ao grupo por meio das informações produzidas em campo. Ainda assim, situações aparentemente negativas tornaram-se instâncias de conhecimento quando os serviços não eram capazes de ofertar diagnóstico, tratamento ou acompanhamento adequados aos pacientes.

Após um ano e três meses, quando considerei oportuno sair de campo devido ao prazo limitado do estudo e também à saturação dos dados, expliquei aos meus interlocutores que deixaria de ir aos serviços, mas que daria continuidade à análise dos dados produzidos. Curiosos, eles sempre perguntavam se havia coletado muitos dados ou o que achava do problema da hanseníase no estado. Em diálogo, busquei, desde a pesquisa de campo, restituir-lhes esses dados em conversas cotidianas e em discussões, como explica Ferreira (2015), pois assim como eles, possuo formação na área de saúde e, muitas vezes, senti-me de mãos atadas, indignada diante das condições precárias de trabalho, mas também admirada com o envolvimento pessoal de alguns profissionais.

Como ressalta Velho (1978), mesmo estando, aparentemente, familiarizados com situações do cotidiano, com os profissionais, com o espaço físico, “não significa que conheçamos o ponto de vista e a visão de mundo dos diferentes atores em uma situação social nem as regras que estão por detrás dessas interações” (VELHO, 1978, p. 127). Busquei tornar esta uma experiência próxima, sem a pretensão de colocar-me no lugar do Outro, o que não seria totalmente possível, como destaca Geertz (2007).

Uma vez que o estudo não teve por objetivo realizar uma intervenção nos serviços de saúde, justifiquei sua relevância aos profissionais com base na possibilidade de uma análise crítica das concepções e das práticas operantes nos serviços. Percebi que também eles puderam refletir sobre as dificuldades e os desafios da atenção às pessoas com hanseníase. Embora tenha tido o receio de ser mal interpretada (FERREIRA, 2015) e, de fato, tenha-o sido algumas vezes, o tempo e a construção de uma boa relação com os profissionais permitiram-me criar condições à pesquisa de campo (MALINOWSKI, 1986).

À guisa de conclusão

Mesmo reafirmando a não existência de ciência neutra pela escolha do método etnográfico, assumindo a construção de dados, em oposição à noção de coleta desses mesmos dados, ao analisar o material produzido em pesquisa etnográfica com profissionais de saúde, percebo silêncios, fugas, resistências e contenção de sentimentos tanto deste lado, quanto do outro. Convites explícitos para sermos verdadeiros parceiros em diálogo, como destacou Fonseca (2017).

Não obstante, práticas profissionais que reafirmam a negligência já conhecida na não efetividade das políticas de saúde tornam invisíveis pessoas como o Sr. José: esquecido por um sistema que não poderia oferecer curativos para os pés. Contraditoriamente, ele teria que andar mais de 70 quilômetros, com dedos amputados, para consegui-los. De fato, um grande desafio cujos esforços não podem se concentrar em profissionais de saúde, da mesma forma que não os exime de

responsabilidade de, atuando no SUS em um estado endêmico, diagnosticar e tratar integralmente seus pacientes.

Estudos etnográficos evidenciam a fecundidade do campo das práticas nos serviços de saúde. Ainda que tenhamos visto esforços para controlar a hanseníase, essa é uma discussão que precisa ser aprofundada do ponto de vista dos contextos sociais e econômicos em que vivem esses grupos, bem como da capacidade de resposta dos serviços em oferecer o que preveem as diretrizes estabelecidas. Pensar em controlar a hanseníase como um problema de saúde pública envolve reduzir os números aqui apresentados, dando visibilidade aos aspectos sociais e culturais que permeiam as práticas dirigidas aos adoecidos, integrando-os em todo o processo, que envolve diagnóstico, tratamento, cura e possíveis nuanças de cura diante de um adoecimento que deixa marcas para toda a vida.

Ao analisar as condições que possibilitaram a realização deste estudo e trazer a reflexividade que me conduziu na pesquisa, tornou-se evidente que a negligência não pode ser atribuída somente ao paciente em relação à sua saúde, mas também às políticas públicas que não atentam para problemas das populações vulneráveis. Do ponto de vista das práticas de saúde, ao lidar com o sofrimento causado por uma condição crônica de potencial incapacitante, como a hanseníase, é preciso, de fato, ter empatia e sensibilidade para compreender que a doença não é somente uma entidade biológica. Antes, possui significados que evocam representações, preconceitos, estigmas que precisam ser discutidos. A atenção e o cuidado por parte dos profissionais e dos serviços de saúde precisam ser tratados como direito à saúde previsto constitucionalmente, de forma a ultrapassar a compaixão suscitada pela crença individual.

Referências

ÁVILA E SILVA, Lidiane Mara. *Marcas corporais, marcas sociais: experiência de mulheres com reações hansênicas*. 111 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal de Mato Grosso, 2014.

ÁVILA E SILVA, Lidiane Mara. *Doença ou população negligenciada? Concepções e práticas de profissionais de saúde envolvidos na atenção às pessoas com hanseníase em Cuiabá, MT*. 144 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Sistema de informação de agravos de notificação: registro ativo: número e percentual, casos novos de hanseníase: número, coeficiente e percentual, faixa etária, classificação operacional, sexo, grau de incapacidade, contatos examinados, por estados e regiões, Brasil, 2015*. Brasília, DF, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Sistema de informação de agravos de notificação: taxa de prevalência de hanseníase por 10.000 habitantes Estados e regiões, Brasil, 1990 a 2017*. Brasília, DF, 2018.

COSTA, Juvenal Soares Dias; VICTORA, Ceres Gomes. O que é “um problema de saúde pública”? *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 9, n. 1, p. 144-146, 2006.

FAINZANG, Sylvie. *Ethnologie des anciens alcooliques: la liberté ou la mort*. Paris: Presses Universitaires de France, 1998.

FASSIN, Didier. Clandestino ou exclus? Quand le mot font les politiques. *Politix*, n. 34, p. 77-86, 1996.

FERREIRA, Jaqueline. Restituição dos dados na pesquisa etnográfica em saúde: questões para o debate a partir de experiências de pesquisas no Brasil e França. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 20, n. 9, p. 2641-2648, 2015.

FONSECA, Claudia. “Lá” onde, cara pálida?: pensando as glórias e os limites do “campo” etnográfico. *Revista Mundaú*, n. 2, p. 96-118, 2017.

FOOTE-WHYTE, William. Treinando a observação participante. In: GUIMARÃES, Alba Zaluar. *Desvendando máscaras sociais*. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves, 1975.

GEERTZ, Clifford. Uma descrição densa. In: GEERTZ, Clifford. *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: LTC, 2007. p. 3-21.

GUBER, Rosana. *La etnografía, método, campo y reflexividad*. Bogotá: Grupo Editorial, Norma, 2001. 146p.

IGNOTTI, Eliane *et al.* Estudo da adesão ao tratamento da hanseníase no município de Duque de Caxias – Rio de Janeiro: abandonos ou abandonados? *Hansenologia Internationalis*, v. 26, n. 1, p. 23-30, 2001.

MALINOWSKI, Bronislaw. Introdução: o assunto, o método e o objetivo desta investigação: aspectos essenciais da instituição Kula: o significado do Kula. In: DURHAM, Eunice. R. (org.). *Malinowski*. São Paulo: Ática, 1986. p. 24-48.

MARCUS, George E. Ethnography in/of the world system: the emergence of multi-sited ethnography. *Annual Review Anthropology*, n. 24, p. 95-117, 1995.

MARTELLI, Celina Maria Turchi *et al.* Epidemiologia da hanseníase. In: TALHARI, Sinésio *et al.* *Hanseníase I*. Manaus: Dermatologia Tropical, 2006. p. 161-169.

SOARES dos SANTOS, Emerson. *Aspectos geográficos e epidemiológicos da hanseníase em Cuiabá e Várzea Grande*. 2012. 140 f. Tese (Doutorado em Geografia Física) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2012.

TALHARI, Sinésio *et al.* Manifestações cutâneas e diagnóstico diferencial. In: TALHARI, Sinésio. *Hanseníase I*. Manaus: Dermatologia Tropical, 2006. p. 21-58.

VELHO, Gilberto. Observando o familiar. In: NUNES, E. O. (org.). *A aventura sociológica: objetividade, paixão, improviso e método na pesquisa social*. Rio de Janeiro: Zahar, 1978. p. 36-47.

VIRMOND, Marcos da Cunha Lopes. Em torno do conceito de doenças negligenciadas. *Revista Salusvita*, n. 30, p. 73-76, 2011.

ZENOBI, Diego. O antropólogo como “espião”: das acusações públicas à construção das perspectivas nativas. *Revista Mana*, v. 16, n. 2, p. 471-499, 2010.





9


Capítulo 9

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

Priscila Farfan Barroso
Daniela Riva Knauth

1. Introdução

Em 2015, por volta de 250 milhões de pessoas usaram drogas, conforme dados do *Relatório mundial sobre drogas de 2017*, da United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). Esse documento estima



ainda que cerca 29,5 milhões dos usuários de drogas – ou 0,6% da população adulta global – sofrem de transtornos psiquiátricos decorrentes do uso de drogas (UNODC, 2017).

As estratégias adotadas para lidar com o problema das drogas vão desde aquelas que priorizam uma perspectiva de segurança pública, na qual o usuário é percebido como criminoso, até aquelas que entendem a relação com as drogas como problema de saúde. Tendo em vista esta última perspectiva, a Secretaria Nacional Antidrogas (Senad) promoveu um mapeamento das instituições governamentais e não governamentais que prestam atendimento e tratamento aos usuários de drogas no Brasil (BRASIL, 2007). Foram identificados diferentes tipos de instituições: clínicas particulares, hospitais psiquiátricos, hospitais gerais, hospitais-dia, comunidades terapêuticas, Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad), Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), residências terapêuticas, grupos de autoajuda, instituições de redução de danos e outras menos significativas. De acordo com os dados da pesquisa da Senad, das 1.256 instituições respondentes, 38,5% foram classificadas por seus dirigentes como enquadradas na categoria *comunidade terapêutica*.

Dez anos depois, foi realizada uma pesquisa mais específica, para conhecer o perfil e mapear os principais aspectos dessas instituições. Assim, a investigação intitulada *Perfil das comunidades terapêuticas brasileiras* (IPEA, 2017) contabilizou 1.963 entidades no Brasil identificadas, por seus dirigentes, como comunidades terapêuticas (CTs). Dessas, 25,57% estão localizadas na região sul, a segunda região do país com maior número de instituições, seguida pela região sudeste. Segundo a Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 29, de 30 de junho de 2011, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) –, as CTs se enquadram em:

instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas (SPA), em regime de residência. [...] O principal instrumento terapêutico a ser utilizado para o tratamento das pessoas com transtornos decorrentes de uso, abuso ou dependência

de substâncias psicoativas deverá ser a convivência entre os pares [...]. Sejam urbanas ou rurais, públicas, privadas, comunitárias, confessionais ou filantrópicas. (ANVISA, 2011).¹

Entretanto, ainda que existam parâmetros legislativos e conceitualizações de estudiosos no assunto (DE LEON, 2014), pode-se afirmar que a definição de CTs no Brasil está em disputa entre diferentes atores sociais, vinculados e não vinculados às próprias CTs. Dos atores vinculados diretamente às CTs, há as federações, os trabalhadores, os voluntários, pessoas que fizeram tratamento em CTs, parentes destes últimos e demais apoiadores. Outros atores que conformam este campo em disputa são os representantes dos órgãos públicos que criam aparatos legislativos para as CTs, os representantes de conselhos de classe que as fiscalizam, os representantes da luta antimanicomial que discordam de sua proliferação, entre outros que apresentam suas definições sobre essas instituições. Logo, a definição de comunidade terapêutica vem sendo construída ao longo dos anos, considerando suas especificidades e estabelecendo diferenças em relação a outras instituições de atendimento para usuários de drogas. De qualquer forma, com a expansão das CTs no Brasil (DAMAS, 2013) desde os anos 1970, emergem, formalmente, seus representantes, suas lutas e também suas conquistas.

Os representantes de CTs são entendidos aqui como atores sociais que dialogam com tomadores de decisões e incidem nas propostas de políticas públicas que abarcam sua área de atuação: a dependência química.² Por meio de fóruns, de encontros, de reuniões entre os representantes de CTs e representantes dos órgãos públicos das áreas da Saúde, da Justiça, do Trabalho, dos Direitos Humanos, buscou-se estudar como se dá o reconhecimento das CTs na rede de atenção psicossocial para

¹ Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/res0029_30_06_2011.html. Acesso em: 26 set. 2018.

² Diante da discussão sobre esse termo e o termo *dependência de substâncias*, conforme propõe o DSM 5, deu-se preferência ao primeiro como uma categoria êmica utilizada pelos interlocutores da pesquisa.

usuários de drogas no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS), inclusive, em termos de financiamento público. Assim, apesar de serem organizações não governamentais, as CTs têm participado da formação, no Estado (LIMA, 2012), de políticas voltadas para o cuidado aos usuários de drogas.

A pesquisa sobre o perfil das CTs aponta que parte de seu orçamento provém dos cofres públicos (IPEA, 2017). De acordo com os dirigentes das instituições entrevistadas, 24,1% referem que recebem verba do governo federal; 27,8%, do governo estadual; e 41,1%, do governo municipal, podendo ser esses financiamentos de modo concomitante. Assim, o Estado tem sido pressionado pelos representantes e apoiadores de CT, para que essas entidades sejam incluídas, cada vez mais, no leque de serviços para tratamento de usuários de drogas. Em contrapartida, como mostra este estudo, muitas dessas instituições têm buscado se adequar às exigências legislativas, a fim de estarem aptas a receber recursos públicos.

Uma das estratégias acionadas pelas CTs a fim de se fazerem ouvir é a organização em federações. Na pesquisa do Ipea (2017), foram mencionadas por volta de 34 entidades associativas no Brasil, sendo algumas com representações nacionais, regionais ou religiosas. Na região sul, são duas as federações que atuam majoritariamente, unindo forças, apesar de suas diferenças, para a busca da legitimidade das CTs no debate público sobre drogas, como afirma o lema utilizado pelas federações: *Juntos somos mais fortes*. Em conjunto, os representantes e as federações se mobilizam em diversas instâncias dos âmbitos federal, estadual e municipal, para buscar financiamento público para atendimento e tratamento de dependentes químicos, tratamentos esses realizados nessas instituições em que atuam, acreditam e defendem.

O presente texto é parte de uma pesquisa de cunho etnográfico que tem por objetivo compreender como as CTs se apresentam e se legitimam como estratégia de cuidado de pessoas usuárias de drogas (BARROSO, 2020). Neste capítulo, apresentamos os caminhos metodológicos tomados nesta investigação e refletimos sobre as implicações metodológicas da pesquisa etnográfica com objetos difusos, ou seja,

que não são claramente limitados em uma área geográfica, em uma instituição ou em um grupo.

Desde o início do estudo, nosso objetivo não foi realizar a etnografia de uma CT, o que talvez fosse o mais esperado em uma abordagem antropológica, mas identificar quais estratégias, instâncias e alianças os representantes das instituições acionam a fim de se apresentarem frente às políticas públicas como uma alternativa terapêutica à população usuária de drogas. Buscou-se, então, acessar as instâncias e as instituições que percorrem apoiadores, representantes e federações de CTs, para acompanhar como esses atores sociais apresentam e inserem suas ideias nas decisões de políticas públicas. Cabe destacar que, embora a concepção da pesquisa, as decisões e as reflexões metodológicas sejam de autoria conjunta, a etnografia foi realizada pela primeira pesquisadora, que será designada neste texto como *etnógrafa* (BARROSO, 2020).

2. Entrando em um labirinto

As notícias veiculadas pela mídia denunciam maus-tratos, tortura, incêndios e mortes cometidas no âmbito das CTs. Essas instituições são apresentadas como isoladas, precárias, inseguras e insalubres. Somase a esse arsenal de matérias a produção de relatórios de inspeção de locais de internação para usuários de drogas (CFP, 2011) realizados pela Comissão Nacional de Direitos Humanos e pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP), relatórios que também apresentam inúmeras violações dos direitos humanos cometidas por essas instituições.

Assim, conforma-se um imaginário social de temor em relação às CTs. Então, por um lado, como pensar em uma pesquisa etnográfica nesse cenário? Como acessá-las sem que tal aproximação seja tomada como uma forma de inspeção? Como compreender a diversidade de CTs que, com certeza, não se limita aos modelos que aparecem na mídia? Como apreender as estratégias por elas acionadas para se apresentarem como uma alternativa de cuidado aos dependentes químicos? Por onde começar nesse campo?

Por outro lado, como justificar, frente à academia e aos colegas da área da saúde coletiva, o interesse no estudo das CTs com uma proposta que está em conflito com propostas de redução de danos, com a luta antimanicomial e com o próprio SUS? Como lidar internamente com esse dilema de tentar entender em profundidade algo tão polêmico? Ou ainda, como se despir verdadeiramente desses preconceitos para buscar, genuinamente, compreender esse Outro socialmente tão condenado?

Esse processo sugere uma disponibilidade intelectual e afetiva de buscar, de fato, compreender o Outro, mesmo que isso dê margem para que o antropólogo seja submetido a julgamentos por suas posições (ZENOBI, 2010). No presente estudo, pesquisar as estratégias e os posicionamentos das CTs significa assumir, ao menos provisoriamente, um lado no debate. Lado este que vai de encontro às expectativas e às posições assumidas ao longo da trajetória profissional das autoras, mas que implica também construir uma relação de confiança para com esse Outro que, por sua própria posição social, apresenta receios e desconfianças. Ou seja, uma das reflexões teórico-metodológicas estabelecidas antes de iniciar o trabalho de campo foi: como confiar e ganhar a confiança das pessoas que atuam, defendem e acreditam no trabalho das CTs? Buscava-se, desse modo, uma forma de não só falar *sobre* as CTs, mas *a partir delas*.

Buscando entender como essas instituições se inserem dentro da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)³ e como conseguem fazer frente ao discurso psicológico e biomédico de tratamento, o estudo foi se delineando com base nos diferentes indícios (GINZBURG, 1986) que se apresentavam na pesquisa de campo. Portanto, os percursos etnográficos foram se desenvolvendo conforme a pesquisa se fazia na ação (INGOLD, 2012). Mais do que buscar uma hipótese direcionada, coube seguir as discussões públicas que abarcavam as CTs nas políticas públicas. Assim, esses caminhos conduziram a etnógrafa ao contato com as

³ Essas ações de políticas públicas foram instituídas em 2011 e estão de acordo com o Plano de Enfrentamento ao Crack, Álcool e Outras Drogas disposto no Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010.

federações, com os Conselhos de Políticas Públicas sobre Drogas e com a Secretaria Estadual de Saúde de um estado do sul do Brasil.

Uma das primeiras *portas de entrada* do trabalho de campo foi a II Conferência Nacional de Comunidades Terapêuticas, realizada em Campinas/SP, em 2015. A participação nesse encontro permitiu começar a compreender um pouco mais como as entidades se estruturam, bem como possibilitou o contato inicial com algumas pessoas-chaves, particularmente, no contexto das federações e seus representantes do local estudado. Com esses contatos, passou-se a acompanhar as reuniões do fórum permanente estadual das CTs, de ocorrência bimestral. Esse fórum é formado por duas federações atuantes no estado analisado, designadas aqui como federação A e federação B.⁴ Essas duas federações atuam no âmbito regional e têm, como filiadas, instituições confessionais e não confessionais. Cada uma tem suas filiadas, sua história de constituição e estratégias de mobilização política próprias, mas somam suas forças na luta pela valorização das CTs. A participação nesse evento local possibilitou aproximação com os principais representantes das duas federações. A inserção da etnógrafa no grupo de aplicativo WhatsApp do próprio fórum foi um marco importante do trabalho de campo, pois permitiu acompanhar as discussões do grupo e conhecer seus componentes.

Outro espaço que se abriu no campo para a participação da etnógrafa foram as conferências preparatórias para a Conferência Estadual de Políticas Públicas sobre Drogas de 2017. Nelas foi possível identificar a presença de representantes de CTs e demais instituições envolvidas por meio das suas apresentações no púlpito. Essas conferências possibilitaram ainda a apresentação desta pesquisa aos representantes e o convite à participação nas reuniões do Conselho Municipal de Políticas Públicas sobre Drogas (Comad) e no Conselho Estadual de Políticas Públicas sobre Drogas (Coned). Essa inserção em campo nos conselhos, os quais tinham como conselheiros representantes de CTs, permitiu o

⁴ A fim de preservar o sigilo dos grupos pesquisados, optou-se por criar uma denominação fantasia para cada federação.

estreitamento do vínculo com tais representantes tanto em virtude da frequência das reuniões, que eram quinzenais, como da colaboração de uma das pesquisadoras nas ações programadas nesses espaços.

Apesar de manter relação com representantes das duas federações que têm atuação no estado, o estudo etnográfico conduziu a uma maior proximidade com os representantes da federação A. Nessa instituição, a etnógrafa foi convidada a ocupar o cargo de secretária executiva da nova gestão, após demonstrar interesse em conhecer a atuação dessa federação.

Essa participação se mostrou essencial para conhecer a rotina da federação e perceber as problemáticas envolvidas na questão das CTs. Enquanto acompanhava os interlocutores em visitas às CTs, em reuniões e em eventos, era possível questionar situações, perceber os dramas entre o que a federação propaga e como a realidade se estabelece e também desenvolver maior proximidade para conhecer a história de vida desses interlocutores relacionada com a época do uso e da abstinência das drogas. Tal posição em campo não apenas permitia acesso a situações e a atores-chaves no processo de articulação política institucional, como também tornava a relação entre etnógrafa e pesquisados mais dialógica, como se refere Oliveira (2000). No entanto, como exploraremos mais adiante, a maior identificação com uma das federações limitou o acesso, em parte, aos meandros da outra federação. Apesar de termos realizado entrevistas e participado de eventos promovidos pela federação B, não obtivemos o mesmo tipo de dado que o maior vínculo com a federação A possibilitou.

Como as políticas públicas se constroem em diferentes espaços e na inter-relação entre diferentes atores sociais, buscou-se acompanhar também a discussão da política estadual sobre drogas na esfera governamental. Por coincidência, no momento da pesquisa, estava sendo debatido um edital de credenciamento de CTs para financiamento estadual de mil vagas nessas instituições. Contatou-se, assim, para a realização de entrevista, o responsável pela área da Saúde Mental da Secretaria Estadual de Saúde. Com a entrevista, obteve-se a permissão para acompanhar alguns procedimentos de gestão relacionados ao

andamento do edital tanto no nível central,⁵ como nas Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS), que fariam visitas às CTs de acordo com a abrangência regional para credenciamento das instituições e contractualização de vagas.

Ingold (2015) traz a metáfora do dédalo e do labirinto para pensar a ação do pesquisador em campo. O dédalo abarcaria a ação intencional de percorrer caminhos escolhidos, chegando ao fim da linha, e o labirinto envolveria a ação atencional, em que cabe estar atento às possibilidades desse caminho, aprendendo mais por esse percurso do que a simples finalidade de chegar ao fim. Logo, compreende-se que o que permeia o trabalho de campo desta pesquisa em andamento é mais uma atitude atencional de quem aprende com os interlocutores e leva em consideração seus conselhos para percorrer esses caminhos, do que uma atitude intencional, que anda somente pela linha traçada, sendo as possibilidades de observação, neste caso, mais restritas. Adotou-se, assim, a postura de andarilho nas discussões sobre CTs no âmbito das construções de políticas públicas sobre drogas.

Dessa forma, buscando desbravar os caminhos a serem percorridos ao longo do trabalho de campo, a etnógrafa teve o desafio de participar presencialmente das diversas atividades cotidianas nas três instâncias de observação acessadas: as federações de CTs, os Conselhos de Políticas Públicas sobre Drogas e a Secretaria Estadual de Saúde. Ainda cabe enfatizar que, em cada instância, havia uma série de acontecimentos, de práticas e de dinâmicas particulares e que os diferentes acessos possibilitados pela prática etnográfica também foram destacados, com base na definição de Maluf, como *platôs etnográficos*, com implicações metodológicas próprias:

A pesquisa de campo em situações que envolvem sujeitos, experiências e trajetórias heterogêneas, redes e

⁵ Neste nível, estão os responsáveis pela coordenação estadual da Saúde Mental na Secretaria Estadual de Saúde, tomadores de decisões no âmbito das políticas públicas voltadas à população usuária de drogas. Essa equipe se relaciona diretamente com os representantes da coordenação estadual de forma regionalizada por meio das CRS.

circuitos que articulam diferentes territórios urbanos ou não, acaba sendo não apenas multissituada (ou seja, feita a partir da imersão em vários sítios ou espaços), mas combina planos e platôs diferenciados, favorecidos por um certo ecletismo também metodológico que envolve o rastreamento de sujeitos e práticas, conversas e entrevistas sistemáticas, observação direta e participação em cursos, oficinas e todo tipo de vivência coletiva. (MALUF, 2011, p. 10).

Geralmente, os eventos e as reuniões eram realizados em dias de semanas e alguns cursos e encontros de CTs promovidos pelas federações, em fins de semana, permitindo a participação nessas diferentes instâncias. Entretanto, quando essas atividades se sobrepunham, para determinar em qual atividade participar, era considerado o vínculo estabelecido com os interlocutores de cada instância, a importância da atividade no contexto da pesquisa e a regularidade da atividade.

Para buscar a relação entre as CTs e os representantes dos órgãos públicos, cabia, então, esse mergulho profundo em campo, a fim de compreender a rotina de atividades das pessoas envolvidas com a defesa das CTs nessas três instâncias de observação. Deste modo, o próprio percurso metodológico correspondia à qualidade da inserção em campo e ao acesso a dados antes inacessíveis. Como reforça Cicourel (1980, p. 87) em relação à pesquisa dos cientistas sociais, “as próprias condições de suas pesquisas constituem variável complexa e importante para o que se considera como resultados de suas investigações”.

Nessa perspectiva, explicitar as escolhas em campo e também apresentar como o campo se abriu à etnografia permite apresentar os vínculos estabelecidos com interlocutores, expressar como os dados foram construídos e até expor as limitações metodológicas que esse percurso impôs à pesquisa. Assim, em cada instância de prática etnográfica – as federações de CTs, os Conselhos de Políticas Públicas sobre Drogas e a Secretaria Estadual de Saúde –, ficou acordado com os responsáveis que, para além da pesquisa, a etnógrafa atuaria como voluntária, ou seja, como colaboradora não remunerada nas atividades pertinentes à CT e

às questões pontuais de relevância ao grupo. Estabeleceu-se, assim, um grau de vinculação estreitamente relacionado ao voluntariado proposto.

Essas diferentes formas de inserção e de participação no campo permitem a produção de dados de diferentes qualidades. Em relação às duas federações de CTs, esse acesso também se deu de forma distinta. Com a federação A, o voluntariado como secretária permitia acessar estratégias, dramas e conflitos com outros representantes de CTs, com agentes do Estado e com políticos, possibilitando mapear quem são esses atores, quais as dificuldades e as estratégias para ampliar o trabalho das CTs no âmbito das políticas públicas. Logo, foi se estabelecendo uma relação de confiança entre a etnógrafa e seus interlocutores, em que se permite estar junto com representantes da federação em situações de conflitos que envolvem as CTs, na definição de estratégias de articulação com as políticas públicas e até mesmo na produção e na organização de documentos sigilosos. De forma inusitada, a etnógrafa acabou por representar esta federação em reuniões com outros atores, conforme pedido do delegado da federação A. Assim, entende-se essa convocação à etnógrafa não apenas como atribuída a uma necessidade de uma situação inusitada que a federação enfrentava, como também uma prova de lealdade da etnógrafa ao grupo. Essa situação também evidenciou as prioridades na agenda da federação para dividir a equipe e dar conta das reuniões estabelecidas em uma mesma data.

O convite gerou a expectativa, na pesquisadora, de corresponder ao papel esperado pelos interlocutores, mas, ao mesmo tempo, de deixar claro que esse processo de inserção também era parte de seu trabalho de campo. Com isso, uma das principais reflexões colocadas se dava na maneira como as vivências com os interlocutores deveriam aparecer nos textos acadêmicos produzidos no âmbito do doutorado, uma vez que, nessa relação dialógica, tinha-se acesso a segredos, a disputas e a estratégias do grupo. Logo, participar como secretária da federação permitia construir uma relação de confiança com os interlocutores, mas também estabelecia certos constrangimentos para a produção da escrita, sendo preciso um afastamento físico após o campo para exercitar a relatividade.

Em relação à federação B, o contato foi mais tímido e se deu em entrevistas, no acompanhamento de reuniões e na participação do Curso de Capacitação para monitores, diretores, lideranças e colaboradores de CTs, promovidos por esta federação. Entretanto, diferentemente da federação A, os convites para a etnógrafa se limitaram às inaugurações de novas CTs, a cursos promovidos pela federação e a atividades pontuais, de modo que, nesta instituição, a etnografia se deu mais na forma de observação do que de participação. Desta maneira, diferentemente da federação A, em que se podiam acessar os dramas e as estratégias cotidianas de ampliação do trabalho das CTs, os dados produzidos na federação B correspondiam mais ao discurso formal sobre o mundo das CTs, destacando suas conquistas alcançadas e as possibilidades de parcerias futuras com o poder público.

Nesse cenário, ao mesmo tempo que o trabalho de campo na federação A fluía com mais naturalidade e profundidade, exigia um esforço maior de distanciamento e de estabelecimento dos limites da pesquisa. Na federação B, esses limites eram mais claros, o que, por um lado, deixava os pesquisadores mais confortáveis, mas, por outro lado, frustrados por não terem o mesmo nível de profundidade do contexto possibilitado na outra federação. Essa situação exigiu, por parte das pesquisadoras, rigorosa vigilância na demarcação dos limites do estudo e permanente reflexão sobre o que, de fato, poderia ser considerado dado a ser utilizado na pesquisa e o que extrapolava esse limite na medida em que o contexto no qual os dados foram produzidos evidenciava uma diluição entre relações de pesquisa, voluntariado, amizade. Preservar tanto os pesquisadores, quanto os sujeitos da pesquisa na análise dos dados exigiu e continua a exigir um permanente trabalho de reflexão ética e metodológica.

Outra questão sobre a qual cabe refletir é a posição que a etnógrafa estabeleceu nos diferentes percursos realizados durante a etnografia. Por atuar, em um mesmo período, nas duas federações e também no processo de fiscalização para contratualização de vagas em CT pela Secretaria Estadual de Saúde, muitas vezes, essa posição da pesquisadora se tornou ambígua para os interlocutores e dirigentes/trabalhadores das associações, pois ora estava ao lado das CTs, ora estava ao lado dos fiscais.

Para a etnógrafa, essa dupla posição se configurava como uma mediação entre perspectivas diferentes que visavam ao cuidado daquele que realiza o tratamento para cessar o uso de droga. Nesse aspecto, ao acompanhar os fiscais durante as visitas, era possível compreender as angústias dos profissionais das CTs, uma vez que conhecia alguns de seus problemas e dificuldades para a manutenção do funcionamento da instituição e, ao mesmo tempo, aprendia sobre as exigências legais para esse funcionamento. Muitas vezes, em algumas visitas, a etnógrafa se surpreendia com a precariedade das instituições e, em outras vezes, encantava-se com a preocupação dos profissionais e com a relação estabelecida entre eles e os acolhidos, sendo sempre um misto de sentimentos que entendia as formalidades necessárias, mas também compreendia que havia pessoas que se beneficiavam daquela estrutura, ainda que com problemas.

Questões de ordem ética se apresentaram neste cenário, como no contexto da visita a uma comunidade terapêutica extremamente precária, mas que, apesar dessa condição, dispunha-se a acolher usuários de drogas que, se não estivessem ali, poderiam estar em situação ainda pior. Em uma dessas visitas, um monitor evidenciou que, mesmo precário, para quem não tem nada, aquilo que é oferecido na comunidade terapêutica é tudo. Assim, reflete-se sobre: que estatuto de humanidade é conferido aos usuários nesse contexto? A escolha é, de fato, entre estar na rua, drogado, sem teto e estar em um abrigo extremamente precário?

Ao chegar a algumas CTs junto com técnicos da Secretaria Estadual de Saúde, a etnógrafa era reconhecida por sua atuação nas federações. Nesse momento, a própria etnógrafa explicava a diferença de atuação, mas também intermediava a compreensão de algumas informações entre os entes. Essa situação permitiu refletir sobre a complexidade do trabalho de campo ao acompanhar grupos em posições díspares e sobre os dramas vividos pelos antropólogos, bem como destacou a atuação da etnógrafa como alguém que colaborava na comunicação entre mundos diferentes para o estabelecimento de ações de políticas públicas.

Dessa forma possibilitou-se compreender tanto a perspectiva estatal, como o ponto de vista daqueles que são fiscalizados. Essas experiências

em campo contrastam, em algumas questões, com as entrevistas formais realizadas com os mesmos atores e trazem as formas que, de fato, eles estabelecem com as políticas públicas. Assim, para além do discurso formal acessado pelas entrevistas gravadas, essas experiências permitem exemplificar e complexificar o mote da ampliação do financiamento para as CTs

Entretanto, como a visita fazia parte do processo formal para a contratualização, cabia mais à etnógrafa acompanhar os servidores públicos, compreender os critérios para o contrato da CT e conhecer as negociações entre esses atores durante o processo. Assim, a etnografia adquire um caráter mais observatório do que participativo. Desta maneira, também se enfatiza a importância de transitar entre diversas instituições para compreender a complexidade do campo de estudo, ainda que a pesquisadora possa ser questionada pela ambiguidade de papéis que desempenha. O dado etnográfico produzido quando se conhece uma CT em uma visita da federação é diferente de quando a mesma CT é acessada por meio da fiscalização por agentes do Estado.

Ao visitar uma CT junto com a federação, são elucidados os esforços dos profissionais envolvidos, as estratégias para a manutenção da instituição e destacados pontos para melhoramento no futuro; ao visitar as instituições com os fiscais, era possível ver as dificuldades de organização administrativa de algumas instituições. Seus profissionais eram questionados sobre os problemas e suas vivências. Além da situação de avaliação, havia o constrangimento de adequar a rotina da CT ao processo da visita. Então, a reflexão gerada no percurso da pesquisa é a de evidenciar a importância de acompanhar os diferentes atores envolvidos, a fim de compreender os dramas vividos por eles. Por exemplo, enquanto o Estado é demandado para o cuidado dos usuários de drogas, ele também deve ter o cuidado para como esse cuidado é realizado.

Outra reflexão que essa imbricação no campo gerou é relativa à autorização dos dados acessados, uma vez que diversas situações etnográficas nas quais eles são produzidos se dão em contextos informais durante o voluntariado realizado entre as instituições, como: no caminho de um lugar a outro, nas conversas antes das reuniões, nos diálogos de WhatsApp, entre outros. Apesar da aprovação do projeto de

pesquisa pelo Comitê de Ética da universidade, justamente por pretender mapear as instituições envolvidas com as CTs, não se definiram, *a priori*, quais seriam essas instituições. Entretanto, ao iniciar o trabalho de campo nas federações de CT, nos Conselhos de Políticas de Drogas e na Secretaria Estadual de Saúde, os responsáveis por essas instituições foram contatados e autorizaram a participação da etnógrafa. Porém, para além desses momentos formais de atuação das instituições, inúmeras situações informais escapam do protocolo e são acompanhadas pela observação da etnógrafa.

Cabe então refletir sobre a utilização desses dados e apresentar questões pertinentes ao fenômeno discutido tendo o cuidado de evitar a exposição dos envolvidos em determinada questão. Ao mesmo tempo, o voluntariado em meio à observação participante parece ainda confundir os interlocutores de pesquisa sobre a intenção da etnógrafa, ainda que esta reforce, com frequência, essa posição. Sendo assim, parece relevante fazer escolhas acerca da utilização dos dados e das formas narrativas do que vai além do que é dito nas entrevistas e discutido nas reuniões públicas.

Para realizar a produção e a análise desses dados em meio ao trânsito em diferentes espaços, posições e instituições, torna-se importante afastar-se do contexto de trabalho de campo, categorizar os dados em campo e ensaiar a escrita de textos que tragam a dimensão de análise etnográfica. Outra estratégia que tem sido utilizada é passar os textos produzidos para os próprios interlocutores. Um dos *papers* apresentados em um congresso internacional foi avaliado por um representante de federação como uma “descrição sem distorções” que beneficia as CTs justamente porque “pode apresentar de fato o que funciona”.

3. Voluntariado e pesquisa de campo

Esses diferentes graus de vinculação que a pesquisadora assumiu em cada instância estudada permitiram acessar o objeto em estudo de formas variadas. As três instâncias nas quais o trabalho etnográfico se desenvolveu – as federações de CT, os Conselhos de Políticas Públicas sobre Drogas e a Secretaria Estadual – por meio do voluntariado foram

tomadas como propulsoras de processos dinâmicos que se estabelecem nos dispositivos de estatização, como analisa Lima (2012). O posicionamento da etnógrafa como voluntária nessas três instâncias permitiu apreender a dimensão processual e rotineira dos atores sociais que, nesse cotidiano, em meio à atualização de normas e de relações, dão carne, sentimento e conteúdo às políticas públicas – no caso, às políticas de cuidado aos usuários de drogas.

Deste modo, o voluntariado se mostra como mais uma estratégia de trabalho de campo que permite, a pesquisadores, conhecer os dramas, as rotinas, as vivências, as estratégias e as soluções nas situações que nossos interlocutores passam. Os desafios colocados se dão na medida em que o compromisso com o voluntariado se afasta dos objetivos de pesquisa e se torna o próprio fim da atuação do pesquisador, mas, como meio de acesso e de estabelecimento de vínculo com os interlocutores, pode ser potente para compreender o mundo do Outro.

Circular por essas três instâncias permitiu observar os atores envolvidos em situações distintas. Por exemplo, um mesmo interlocutor era representante da federação de CT, conselheiro do Conselho de Políticas Públicas de Drogas e ainda estabelecia diálogo com representantes de órgãos públicos em reuniões, em visitas e em inspeções. Desse modo, acompanhar essas situações tornou possível perceber que o tom, a postura, as palavras usadas, as formas de abordagem se modelavam em cada instância, visando a buscar a valorização das CTs na relação com os representantes dos órgãos públicos.

Logo, a atitude atencional (INGOLD, 2015) do pesquisador em campo ao acessar essas diferentes instâncias de participação fez com que a etnógrafa experienciasse como se dão as articulações e as mobilizações políticas dos representantes e dos apoiadores de CT. Assim, em um momento, tem-se mais observação participante; em outro, mais participação observante, sendo possível acessar informações e significados que circulam nessas três instâncias de observação e que, por sua vez, são complementares na compreensão do mundo das CTs.

Conforme se davam as andanças por esses caminhos labirínticos do trabalho de campo, a etnógrafa era imbuída de um posicionamento, de acordo com a forma de participação entre os interlocutores. Portanto,

o voluntariado em questão pode se dar de maneiras díspares, mudando conforme o contexto. Quanto mais próxima das CTs, maior o vínculo de comprometimento entre interlocutor e pesquisadora, sendo atribuído certo *status* à pesquisadora em função de ser uma antropóloga – que tem proximidade com o conhecimento científico –, participando e acompanhando as federações de CT. Em alguns momentos, a etnógrafa foi apresentada como *a nossa antropóloga*. Do outro lado, a Secretaria Estadual de Saúde contava com seus próprios técnicos, e o voluntariado se deu de forma mais pontual, criando vinculações fluidas entre pesquisadora e interlocutores, de modo que o vínculo era mais com o assunto das CTs do que com o cotidiano de trabalho dos servidores.

Logo, o processo de negociação em campo permite a fusão de horizontes (OLIVEIRA, 2000) entre pesquisador e interlocutores, de modo que os vínculos desse *junto com* vão se caracterizando de acordo com as possibilidades de inserção nas instâncias pesquisadas. Assim, mesmo que, por vezes, o mundo das CTs apareça como outro mundo, gradualmente estabelece-se uma relação dialógica, a ponto de “transformar um tal confronto em um verdadeiro ‘encontro etnográfico’” (OLIVEIRA, 2000, p. 24), por meio do qual os argumentos e as mobilizações dos representantes das CTs foram fazendo sentido para as pesquisadoras.

Como mencionado, a proposta de atuar como voluntária, de formas diferentes, nas três instâncias de observação que envolvem as CTs foi fundamental para a realização do trabalho de campo, tornando possível compreender, de fato, a rotina que abarca as articulações e as mobilizações de CT. No entanto, mais do que a disposição para tal empreendimento, o aceite por parte dos interlocutores se torna crucial para acessar instituições; documentos; representantes de CT, de órgãos públicos; participar de reuniões restritas; acompanhar discussões sobre o assunto; e até mesmo aprender e participar na reflexão sobre esse processo de mobilização institucional e política, visando ao reconhecimento das CTs nas políticas públicas. Percebeu-se, então, que, assim como a definição de CT está em disputa, esses atores também estão, e estar com eles é acompanhar, por meio deles, como se posicionam e se definem em meio a outros atores sociais.

Ser voluntária de *fora* e ao *lado* das instâncias pesquisadas, colaborando com os interlocutores nas atividades possíveis, permite um auxílio significativo tanto entre os servidores públicos, quanto entre os conselheiros que estão atarefados em suas funções e dispõem de equipe reduzida. Em diversos momentos, os agradecimentos eram dirigidos à etnógrafa em consequência da disposição para compartilhar discussões e participar das atividades. Logo, essa troca entre pesquisador e interlocutores faz parte de uma imersão etnográfica no âmbito da pesquisa; entretanto, o voluntariado de *dentro* de uma das federações de CT, com uma troca mais intensa, ainda merece uma discussão metodológica mais apurada.

A reflexão malinowskiana sobre o trabalho de campo entre os interlocutores já nos lembrava que estar junto deles não é ser um deles. No caso de pessoas que fizeram o tratamento em CT, enfatizar que o sujeito é um *adicto em recuperação*, seja de um dia, seja de anos a fio, não é somente uma marca identitária, mas a prova do sucesso dessa modalidade terapêutica.

Em um dos encontros da delegacia regional da federação A, foi enfatizado que todos da equipe diretiva eram adictos em recuperação, que passaram por CT e que agora atuavam na federação, percorrendo um longo caminho nessa *caminhada*, com exceção da etnógrafa. Um elo de identificação se cria quando a etnógrafa revela ser ex-tabagista, ainda que consuma álcool ocasionalmente. A partir de então, ela passa a ser apresentada como *meio adicta*. Esse termo êmico se aproxima do que foi dado a Nunes (2015), que pesquisou dinâmicas internas das CTs vivenciando-as e tendo sido enquadrado pelos internos como *adicto seco*. Desse modo, essas classificações estabelecem a diferença entre quem é percebido como *adicto* por conta do uso de drogas e quem não é. Aqui, além de tudo, pode-se pensar que o voluntariado nessas federações permitiu, à etnógrafa, certa partilha de uma identidade comum, mesmo que parcial, em relação à adição.

Ao mesmo tempo, a realização de um trabalho acadêmico sobre essas federações tem um peso para elas, que têm sua legitimidade questionada por algumas entidades – como o Conselho Federal de Psicologia.

Assim, ter a etnógrafa ao lado da *causa* se torna estratégico por parte desses representantes das CT. Logo, registrar e dar visibilidade a essas instituições, a suas atividades de parceria público-privada, aos desafios e às facilidades enfrentados durante as mobilizações também é uma forma de apresentar o processo de articulação entre as CTs com o Estado e, de algum modo, valorizar a trajetória dessas entidades no sul do país.

No percurso do voluntariado entre as federações de CT, foi possível conhecer muitas histórias de pessoas que nelas fizeram tratamento e hoje estão sem usar drogas, têm suas famílias e trabalham nessas instituições – ou mesmo fora delas –, fazendo com que as pesquisadoras se afastassem, cada vez mais, do imaginário social que teme e condena as CTs e até com que percebessem, nesse modelo, uma das estratégias possíveis de recuperação dos usuários de drogas que estão à beira da morte. No entanto, apresentar essa discussão entre pares da área das ciências humanas e da saúde continua sendo desafiador, uma vez que raras pesquisas na área evidenciam a história de mobilização desses representantes de CT e suas histórias pessoais desses representantes.

Em meio às disputas em relação às estratégias para lidar com o problema das drogas na área da saúde, cabe compreender, por meio dessa etnografia, como determinados atores se concentram em seus objetivos específicos em paralelo com a consolidação do sistema de saúde vigente. Assim, como estuda Pfeiffer (2004) sobre a chegada das ONG em Moçambique nos anos 1980, o investimento financeiro nessas instituições pode acabar fragmentando a saúde pública conforme interesse de profissionais por ser paliativa em relação às medidas de assistências de saúde.

Resgata-se, então, que “é essencial refletirmos sobre a maneira pela qual o antropólogo vai definir sua relação com o objeto e com os grupos que com ele interagem” (ENNE, 2016, p. 88), indo, neste caso, para além da observação participante e refletindo sobre como a participação nessas diferentes instâncias de atuação permite, não sem angústias e sem desconfortos, visibilizar a relação entre CT e Estado. Na ânsia de acompanhar como se dá o reconhecimento das CTs nas RAPS para usuários de drogas no âmbito SUS, coube percorrer, por meio do

voluntariado, as instituições que tornam possível essa construção em meio às políticas públicas.

Refletir metodologicamente sobre a pesquisa etnográfica com base no voluntariado *de dentro, ao lado* ou *de fora* dos grupos pesquisados – federações de CT, Conselhos de Políticas Públicas sobre Drogas e Secretaria Estadual de Saúde – permitiu apresentar a qualidade dos dados coletados, explicitar os conflitos e as implicações que envolvem a pesquisa de campo e também questionar as potencialidades da etnografia para discutir demandas de políticas públicas. Assim, mais do que ser contra ou a favor de algo, cabe pesquisar de forma genuína e apresentar a complexidade que envolve a discussão sobre o atendimento e o tratamento dos usuários de drogas.

Adentrar no mundo das comunidades terapêuticas, acompanhar os esforços empreendidos por seus representantes e instituições representativas em busca de legitimidade e conhecer as histórias dessas pessoas implicadas no reconhecimento das RAPS como uma estratégia de cuidado com usuários de drogas não é assumir um lado do debate. É, antes, evidenciar que existem várias perspectivas nessa discussão e que desconhecer o Outro ou conhecê-lo apenas por intermédio do que se fala dele pouco contribui para os avanços na assistência aos usuários de drogas.

Referências

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA. *RDC nº 29, de 30 de junho de 2011*: dispõe sobre os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas. Brasília, 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/res0029_30_06_2011.html. Acesso em: 26 set. 2018.

BARROSO, Priscila Farfan. *Comunidades terapêuticas como política de estado: uma análise sobre a inclusão deste modelo de cuidado nas políticas sobre drogas no Rio Grande do Sul*. 202 f. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2020.

BRASIL. Presidência da República. Gabinete de Segurança Institucional. Secretaria Nacional Antidrogas. *Mapeamento das instituições governamentais e não-governamentais de atenção às questões relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas no Brasil – 2006/2007: relatório*. Coordenação Geral Denise Bomtempo Birche de Carvalho – Universidade de Brasília. Supervisão Técnica Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte – Senad. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2007. Disponível em: infograficos.estadao.com.br/especiais/crack/levantamento.pdf. Acesso em: 7 jan. 2017.

CICOUREL, Aaron. Teoria e método em pesquisa de campo. In: GUIMARÃES, Alba Zaluar (org.). *Desvendando máscaras sociais*. 2. ed. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves, 1980. p. 87-122.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA - CFP. *Relatório da 4ª inspeção nacional de direitos humanos: locais de internação para usuários de drogas*. Brasília, DF, 2011.

DAMAS, Fernando Balvedi. Comunidades terapêuticas no Brasil: expansão, institucionalização e relevância social. *Revista de Saúde Pública*, Florianópolis, v. 6, n. 1, p. 50-65, 2013.

ENNE, Ana Lucia Silva. “Nós”, os “outros” e os “outros dos outros”: dilemas e conflitos no mapeamento de sujeitos, redes e instituição. In: CASTILHO, Sergio Ricardo; LIMA, Antonio Carlos de Souza; TEIXEIRA, Carla Costa. *Antropologia das Práticas de Poder: relações etnográficas entre burocratas, elites e corporações*. Rio de Janeiro: Contra Capa; Faperj, 2014. p. 85-90.

GINZBURG, Carlo. Sinais: raízes de um paradigma indiciário. *In: GINZBURG, Carlo. Mitos, emblemas e sinais.* São Paulo: Companhia das letras, 1986. p. 143-180.

INGOLD, Tim. Caminhando com os dragões: em direção ao lado selvagem. *In: STEIL, Carlos; MOURA, Isabel Cristina (org.). Cultura, percepção e ambiente: diálogos com Tim Ingold.* São Paulo: Terceiro Nome, 2012. p. 15-30.

INGOLD, Tim. O dédalo e o labirinto: caminhar, imaginar e educar a atenção. *Revista Horizontes Antropológicos*, Porto Alegre, v. 21, n. 44, p. 21-36, 2015.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA – IPEA. *Perfil das comunidades terapêuticas brasileiras.* Rio de Janeiro, n. 21, mar./2017. Nota Técnica.

LEON, George. *A comunidade terapêutica: teoria, modelo e método.* 5. ed. São Paulo: Loyola, 2014.

LIMA, Antonio de Castro Souza. Introdução ao dossiê fazendo estado. *Revista de Antropologia*, USP, v. 55, n. 2, p. 559-564, 2012.

MALUF, Sonia. Além do templo e do texto: desafios e dilemas dos estudos de religião no Brasil. *Antropologia em Primeira Mão*, Florianópolis, Universidade Federal de Santa Catarina, 2011.

NUNES, Matheus Caracho. *Firmes nos propósitos: etnografia da interação de usuários de drogas em comunidades terapêuticas.* 2015. 159 f. Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Programa de Pós-Graduação em Sociologia, Universidade Federal de São Carlos. São Paulo, 2015.

OLIVEIRA, Roberto Cardoso de. *O trabalho do antropólogo.* São Paulo: Ed. Unesp, 2000.

PFEIFFER, James. “Condom social marketing, pentecostalism, and structural adjustment in Mozambique: a clash of Aids prevention messages.” *Medical Anthropology Quarterly, New Series*, v. 18, n. 1, march 2004, p. 77-103.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME – UNODC. *World drug report*. [S.l.]: UNODC, 2017. Disponível em: <http://www.unodc.org/wdr2017/en/topics.html>. Acesso em: 30 nov. 2017.

ZENOBI, Diego. O antropólogo como “espião”: das acusações públicas à construção das perspectivas nativas. *Mana*, v. 16, n. 2, p. 471-499, 2010.





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