

da Silva Castro-Vianez, Priscila; Reis Brandão, Elaine

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 e Sociedade, vol. 24, núm. 1, enero-marzo, 2015, pp. 259-272

Universidade de São Paulo

São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406263640029>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

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

Ethical, methodological and personal/professional challenges in ethnography in a public health system for the attendance of eating disorders in Rio de Janeiro, Brazil

Priscila da Silva Castro-Vianez

Universidade Federal do Rio de Janeiro. Instituto de Estudos em Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
E-mail: pricastronut@gmail.com

Elaine Reis Brandão

Departamento de Medicina Preventiva. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
Universidade Federal do Rio de Janeiro. Instituto de Estudos em Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
E-mail: brandao@iesc.ufrj.br

Resumo

O artigo discute os desafios no trabalho de campo em uma pesquisa etnográfica em curso em um serviço público de saúde na cidade do Rio de Janeiro, que oferta atendimento a adolescentes de ambos os sexos com transtornos alimentares. A pesquisa tem como questão central de investigação a anorexia nervosa publicamente reconhecida, a partir da busca por atendimento de saúde por parte dos pais e/ou responsáveis de adolescentes que apresentam sinais e/ou sintomas sugestivos de transtornos alimentares. Busca-se conhecer a dinâmica de funcionamento cotidiano do serviço de saúde eleito, como o diagnóstico da doença é construído na equipe de saúde, bem como o processo de adoecimento vivenciado pelos usuários e suas relações de sociabilidade. Para alcançar os objetivos da investigação, foi preciso “converter” a nutricionista, sem qualquer experiência prévia em pesquisas qualitativas, em antropóloga, bem como enfrentar os entraves éticos e metodológicos que permeiam o trabalho de campo da pesquisa antropológica em saúde.

Palavras-chave: Anorexia Nervosa; Adolescente; Sistema de Saúde; Etnografia; Metodologia.

Correspondência

Priscila da Silva Castro-Vianez
Rua Barão de Mesquita, 850, bloco E, ap. 1.406, Grajaú.
CEP 20540-004. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Abstract

The article discusses the challenges in the ethnographic research field work in an ongoing public health service in the city of Rio de Janeiro that offers services to adolescents of both sexes with eating disorders. The research has as investigation central issue the anorexia nervosa publicly recognized, from the search for health care by parents and/or caregivers of adolescents with eating disorders signs and/or suggestive symptoms. This study aims to understand the function dynamics of the elected health service, how the diagnoses are built by the healthcare team, as well as the disease process experienced by users and their sociability relations. To achieve the research objectives, it was necessary to “convert” the nutritionist, who did not have any prior experience in qualitative research, in an anthropologist, as well as addressing the ethical and methodological barriers that permeate the work of an anthropological research in the field of health.

Keywords: Anorexia Nervosa; Adolescent; Health System; Ethnography; Methodology.

Introdução

Ao decidir não continuar na área de epidemiologia nutricional, com a qual trabalhei no mestrado, e me dedicar ao campo das ciências sociais em saúde, a escolha do tema de pesquisa foi fortemente influenciada por minha formação profissional. A mudança de área de concentração nesse momento da vida acadêmica, do mestrado para o doutorado, embora muitos possam achar uma atitude “ousada”, delineou-se naturalmente com um interesse crescente em estudar uma área com a qual tive pouco contato durante a graduação e mestrado. Buscamos um tema que não me afastasse da “nutricionista”, também para conservar algo com o qual pudesse me identificar, mas que ao mesmo tempo nos permitisse lançar um olhar inovador sobre a temática proposta.

Anorexia nervosa (AN) é um transtorno alimentar (TA), com curso geralmente crônico que atinge majoritariamente as mulheres (90% dos casos) (Teixeira et al., 2009) com picos de ocorrência aos 14 e 17 anos de idade, na saída da infância e na proximidade da vida adulta (Appolinário; Claudino, 2000). Nesse TA o indivíduo tem dificuldade em reconhecer que está severamente emagrecido, e mantém uma rotina de restrição alimentar muitas vezes associada a exercícios físicos intensos (Schmidt; Mata, 2008).

Comumente a população em geral e os próprios indivíduos que sofrem de AN identificam no profissional de nutrição um elemento central no tratamento, posto que a doença se desenrola em torno da recusa alimentar e também por haver uma valorização de disciplinas alimentares e cuidados com o corpo, aliadas a uma infinidade de dietas e exercícios, tendo por vezes a figura do profissional de nutrição atrelada a essas ações (Marini, 2010). Na prática, tanto na atenção à saúde quanto nas publicações científicas sobre o tema, são a psicologia e a psiquiatria que se destacam. Desde 1960, a AN foi definida como síndrome psiquiátrica (Cordás; Claudino, 2002) e tem seus critérios diagnósticos definidos pelo Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais - DSM-V (APA, 2013, 5. ed.) e pela Classificação Internacional de Doenças - CID-10 (OMS, 1993).

No trato diário com a doença, a contribuição da clínica e da nutrição precisam se somar à psicologia e à psiquiatria para dar conta de sua complexida-

de. Além disso, existem outras possibilidades de compreensão da AN que vão além das previstas pelo saber biomédico (Darmon, 2006), que precisa considerar em primeira mão os próprios adolescentes portadores do transtorno. Dessa forma, a pesquisa busca compreender também os sentidos que os adolescentes imprimem à experiência de adoecimento, de contato com os serviços de saúde e de enfrentamento público desse TA. No artigo, discutem-se determinados aspectos éticos e metodológicos envolvidos no fazer etnográfico, que tem como cenário um serviço de saúde público de referência no atendimento aos TAs em adolescentes.

A escolha pelo método etnográfico

A decisão pelo método de uma pesquisa não ocorre levianamente, mas depende do objeto de estudo, do enfoque teórico-metodológico e de que lugar se deseja abordá-lo. A abordagem escolhida pode abrir novas possibilidades de conhecimento do objeto de pesquisa, de modo que o pesquisador se defronte com questionamentos antes sequer vislumbrados. Dalmolin; Lopes; Vasconcellos (2002) afirmam que o saber técnico, enquanto profissionais da área da saúde, muitas vezes nos restringe o acesso e nos fecha a possibilidade de percebermos o pesquisado como o “outro”, nas suas dimensões sociais e culturais. Nesse sentido, a pesquisa etnográfica se apresenta como possibilidade para ir além dos limites pessoais a fim de compreender melhor a trajetória do outro (seja ele profissional de saúde, gestor, usuário, familiares etc.).

Essa metodologia permite ao pesquisador compreender as práticas culturais dentro de um contexto social mais amplo, estabelecendo ligações entre fenômenos específicos e uma dada visão de mundo (Víctoria; Knauth; Hassen, 2000). É uma forma de olhar, de apreender e interpretar a realidade que envolve a contextualização das falas e dos atores sociais, a consideração dos “não ditos” e a apreensão não estática da realidade social, tendo como intuito atingir a “profundidade” que a pesquisa qualitativa busca evidenciar (Knauth, 2010, p. 110). Ao realizar uma pesquisa etnográfica com sujeitos com TA, Silva (2004) destaca a centralidade das disciplinas da saúde. Assim, ao abordar os TAs pela perspectiva socioantropológica, é preciso inicialmente recriar

o objeto de pesquisa, tomando também a produção biomédica como objeto. Para a autora, compreender a experiência social de sujeitos com TA exige considerar o fato de que estes transtornos são definidos como entidades patológicas, sendo objetos por direito das disciplinas da saúde. Ressalta ainda a relevância de se investigar como essas síndromes são concebidas pelas ciências médicas, nas instituições de saúde, e a produção dos discursos e práticas a elas associadas (Silva, 2011).

Recorrer a outra disciplina para auxiliar na apreensão do nosso objeto de estudo não é um trabalho fácil, especialmente pelo risco de que, pela falta de experiência, ainda que munido de boas intenções, façamos uma leitura parcial e reducionista. O risco é alto, mas o preço a ser pago vale a pena, pois a busca dessa interface é motivadora e nos impele a superar os limites disciplinares que, muitas vezes nos inviabilizam de enriquecer nosso trabalho e pensar novas possibilidades advindas dessa junção de teorias (Dalmolin; Lopes; Vasconcellos, 2002).

Seleção do serviço: desafios do fazer etnográfico em uma instituição de saúde

Em fase preliminar de levantamento bibliográfico sobre o tema da AN na área das Ciências Sociais e Humanas e, posteriormente, Ciências Sociais e Humanas em Saúde, a leitura dos trabalhos produzidos tornou evidente uma dimensão pouco explorada: o enfrentamento público da doença por meio da busca de um serviço de referência para tratamento de TA. Assim, conhecer melhor o funcionamento desses serviços de saúde, bem como a relação que os adolescentes mantêm com ele, mostrou-se como uma perspectiva relevante ainda não abordada. Considera-se que esse espaço constitui-se na face legitimada, visível, onde os TAs obtêm reconhecimento oficial, acolhimento e tratamento e seus portadores uma identidade social como tal, possibilitando a apreensão de uma dimensão importante do enfrentamento social da doença.

A pesquisa foi então constituída de duas etapas: observação das atividades cotidianas de um serviço de saúde de referência para tratamento de TA e, posteriormente, propõe-se a aproximação com

alguns adolescentes contatados nesse local, para realização de entrevistas. A opção por um serviço público de saúde de referência no atendimento aos TAs se justifica por algumas questões:

1. A AN foi durante muito tempo considerada uma doença que atingia quase exclusivamente pessoas economicamente favorecidas, residentes em áreas urbanas (Weinberg, 2010; Fleitlich et al, 2000; Santos; Ribeiro; Santos, 1990). A curiosidade de entender como portadores de TA das classes sociais média e populares são cuidados pelas instituições públicas de saúde engendrou o recorte específico da pesquisa. Na prática¹, o que tenho observado, de fato, não confirma essa antiga premissa (Gonzaga; Weinberg, 2005). Jovens de ambos os sexos (embora a presença de adolescentes do sexo feminino seja imensamente superior) e provenientes de distintos estratos socioeconômicos têm frequentado o ambulatório onde se dá a observação participante;
2. Não tivemos conhecimento de serviços privados de referência no tratamento dos TAs no estado do Rio de Janeiro. É preciso lembrar que a AN é uma patologia complexa, que exige um acompanhamento multidisciplinar para melhorar as chances de sucesso no tratamento (Yarzón; Giannini, 2010). Tal recomendação vem sendo apontada na literatura tanto internacional quanto nacional (Silva, 2011). Há profissionais que atuam de forma individual, principalmente psicólogos, que atendem casos de AN em seus consultórios. A observação etnográfica privilegia a interação dos adolescentes com a equipe que os acolhe, em suas diferentes especialidades e a abordagem dada pelos profissionais de saúde aos casos de AN. Tal perspectiva constitui um dos grandes ganhos da observação participante no centro de referência;
3. Há uma carência de serviços de saúde especializados no atendimento dos TAs no Brasil (Silva, 2011; Bosi; Andrade, 2004), assim, a realização de uma pesquisa etnográfica nesse cenário pode

contribuir para a compreensão sobre a dinâmica de funcionamento desse serviço e as dificuldades existentes.

Em síntese, as tentativas e negociações para entrada em campo de minha pesquisa de doutorado se iniciaram em 21 de março de 2011 e foram até 21 de novembro de 2011, dia da minha primeira visita ao serviço de saúde onde a pesquisa vem sendo realizada. Ao buscar sua inserção em campo, Marini (2013) temia não ser aceita devido a, segundo a autora, uma reconhecida suspeita levantada pelos pesquisadores das Ciências Humanas e Sociais. A autora afirma já ter sido recusada anteriormente, durante sua graduação em outra instituição para TA.

Marini (2013, p. 35) chegou a formular algumas hipóteses sobre o fato de ter sido bem aceita pelo grupo de psicanalistas que atuavam com o tratamento dos TAs para realização de sua pesquisa de mestrado: desconhecimento sobre os trabalhos nas Ciências Humanas; confiança no trabalho realizado; a abordagem psicanalítica poderia ser mais aberta e tolerante a olhares externos, em comparação à psiquiatria; ou ainda haveria um interesse na contribuição que as Ciências Sociais e Antropologia poderiam trazer para os transtornos alimentares, reconhecidamente ligados a dimensão social, com influência da mídia, pressão social, padrões de beleza. A autora destaca ainda que, por se tratar de uma instituição ainda recente, que buscava seu espaço, poderiam julgar interessante ter alguém que se interessasse em pesquisá-la. Foi justamente por este olhar que acredito ter sido bem recebida. A coordenadora do programa de TA sempre ressaltava nas reuniões do grupo o quanto este estava crescendo e sendo reconhecido, ao ponto de uma pesquisadora (dito com entusiasmo) querer estudá-lo.

O percurso para seleção de uma instituição envolveu certas dificuldades, pois a realização do campo nesses espaços precisava satisfazer algumas condições prévias: alguns serviços de saúde também se constituíam em espaços de pesquisa para os profissionais que ali atuavam, de modo que não

¹ Atuando como antropóloga no Ambulatório de Transtornos Alimentares do Hospital das Clínicas da Unicamp, Silva (2011) explica que por se tratar de um serviço em um hospital universitário integrado à rede do Sistema Único de Saúde, o ambulatório tem um perfil de usuários provenientes, sobretudo, de classe média a baixa. Porém, a escassez de serviços especializados nesse tipo de tratamento faz com que pessoas de perfis sociais mais elevados também busquem atendimento na instituição.

estavam abertos a investigações de terceiros ou “exigiam” a atuação da pesquisadora como “estagiária”, integrando a equipe local de profissionais, diante da escassez de recursos humanos disponíveis. Alguns deles ainda promovem cursos² não gratuitos de atualização em TA e obesidade, para o qual recomendam a participação dos profissionais interessados em realizar pesquisas em suas dependências.

As pessoas que me receberam não possuíam a compreensão do que seja uma pesquisa etnográfica e não entendiam minha posição de observadora, bem como a necessidade da observação distinta e não concomitante à atuação como profissional de saúde. Em mais de um serviço visitado (ao todo foram 5), a observação das consultas de psicologia não seria permitida, pois, segundo destacado, os usuários são muito “resistentes a iniciar e dar seguimento ao tratamento” e há um trabalho intenso para ganhar a sua confiança, o que poderia ser prejudicado pela presença de um observador. Sabemos dos limites existentes para pesquisas etnográficas em instituições de saúde (Luna, 2007; Macedo, 2008; Machado, 2008) e os cuidados necessários para se conhecer melhor a assistência ali prestada.

Em novembro de 2011, fui recebida pela coordenadora do Programa de Transtornos Alimentares (PTA) para adolescentes de um hospital universitário no estado do Rio de Janeiro para nossa primeira visita. Tal programa se estruturou em 2005 e, agrupa atendimento ambulatorial e, caso necessário, hospitalar. No Brasil, a maioria dos centros especializados no tratamento dos TAs está vinculada a universidades ou fundações, sendo desenvolvidos e apoiados por profissionais que se interessam por pesquisar esse tema, ou ainda pela preocupação em atender a crescente demanda por atendimento (Silva, 2011).

Os atendimentos acontecem sempre às quartas-feiras pela manhã. Os usuários de primeira vez passam pela “escuta” da psicologia e depois são encaminhados aos outros profissionais (clínico, nutricionista, assistente social e psiquiatra). São atendidos adolescentes e jovens de ambos os sexos,

embora a maioria seja do sexo feminino, entre 12 e 20 anos e não limitam os cuidados a pacientes com diagnóstico de AN concluído. Isso quer dizer que, mesmo a equipe não fechando os critérios clínicos para o diagnóstico de AN (como previsto no DSM), o adolescente será absorvido para acompanhamento ambulatorial. A entrada no serviço se dá por inúmeras maneiras: possíveis encaminhamentos, por alguma reportagem que apareceu sobre o serviço na mídia, pelo boca-a-boca.

Aspectos éticos e metodológicos da entrada em campo

Na etnografia, é necessário um tempo para que haja familiarização com o local e as pessoas, além do convívio cotidiano e de sistematização do material empírico coletado de fontes diversas. Sabe-se que a formação de um antropólogo exige um longo tempo para treinar “um olhar para ver aquilo que não está tão aparente” (Ribeiro, 2010, p. 86-87).

Knauth (2010, p. 110) ressalta o tempo exigido para a realização de uma etnografia como uma das maiores dificuldades na área da saúde coletiva. Como em geral, as pesquisas epidemiológicas ou relacionadas à avaliação de serviços de saúde são pontuais, no que tange à permanência do pesquisador em campo, ou envolvem a proposta de uma intervenção/atuação do pesquisador/profissional no serviço; sou sempre interrogada com questões como: “Como está indo sua pesquisa? Falta muito para você acabar?”; “Você deve defender quando?”, “Já conseguiu o que queria? Já está perto de terminar?”. Não tenho dúvidas quanto à boa receptividade entre a equipe, mas há uma dificuldade em compreender o “modus operandi” de uma pesquisa etnográfica, que deixa os profissionais um pouco inquietos.

Outra dificuldade destacada a qual me identifico é a da inserção dos pesquisadores em campos estruturados, hierarquizados e “fechados” como são os serviços de saúde, com realce para alguns espaços específicos tais como as consultas das

² No local onde realizou seu estudo, composto por um grupo de psicanalistas dedicadas ao tratamento dos TAs, Marini (2013) afirma ter recebido uma recepção positiva, mas, para iniciar seu contato lhe foi sugerido que fizesse um curso pago sobre TA. Na ocasião, a autora ainda contou com a compreensão das coordenadoras de que ela ainda era uma aspirante ao mestrado e conseguiu negociar o pagamento do curso, não em redução de valor, mas em facilidade para o pagamento.

diferentes especialidades da saúde (Knauth, 2010, p. 111). Nesse sentido, cabe ressaltar que em todos os serviços visitados houve um incômodo ao saber da possibilidade de observação nas consultas. Em nenhum momento me pareceu algo tranquilo, embora a observação apenas tenha sido negada para as consultas da saúde mental, pois se sublinhava que o vínculo formado com o paciente poderia ser prejudicado por minha presença no espaço reservado do consultório (como se o vínculo não fosse necessário e também construído entre os demais profissionais de saúde e o adolescente).

A presença de um estranho, o pesquisador, nem sempre é permitida e quando o é, é acompanhada de uma série de restrições que acabam por limitar e condicionar os dados a que se tem acesso. Na pesquisa de Marini (2013), a ela foi permitido apenas acompanhar as reuniões da clínica e a entrevista de triagem dos pacientes que chegavam à instituição (único momento em que tinha acesso às pacientes, embora não pudesse interagir diretamente com elas). Como na instituição onde realizou sua pesquisa havia exclusivamente o atendimento psicológico, por meio da psicanálise, ser impedida de assistir às sessões limitava em muito suas observações. Em seu caso, o não acesso às pacientes acabou por modificar os rumos da pesquisa. Com a impossibilidade de contatar diretamente as pacientes, as experiências e constituição do corpo dos sujeitos com TA passou para o segundo plano e, seu foco passou a ser a instituição em si, com seus métodos e concepções.

No dia a dia do campo, ficou claro que, embora sempre se destaque que a presença do pesquisador poderia ser incômoda aos adolescentes, os grandes incomodados com as minhas observações têm sido os profissionais de saúde. Nenhum adolescente negou, até o momento, ao ser questionado se eu poderia ficar para acompanhar seu atendimento (Chazan, 2005).

Knauth (2010, p. 111) cita ainda que, em alguns serviços de saúde, especialmente em hospitais-escola, pode ocorrer a disputa pelos “pacientes”, inviabilizando o acesso de outros pesquisadores ao grupo. Como a pesquisa ocorre em um hospital universitário, é comum a presença de residentes (nutrição, psicologia, medicina e serviço social) que, tanto assistem às consultas (mesmo as de saúde

mental), como as realizam acompanhados de seus preceptores.

Como dito, o ambulatório em que são realizadas as observações atende pacientes com TA e idades entre 12 e 20 anos, mas, apesar de eu ter 26 anos na época, fui confundida com uma paciente pela coordenadora em minha primeira visita ao serviço. Acredito que o fato de aparecer ser mais nova deu origem a diferentes reações nesse processo de entrada em campo e, por outro lado, a aparência jovial pôde me aproximar das usuárias e não ser tão ameaçadora para a equipe de saúde quanto à presença de um pesquisador mais maduro, com sinais evidentes de pessoa mais velha e mais experiente.

Além dos obstáculos a serem vencidos para realizar uma pesquisa etnográfica em uma instituição de saúde, há que se considerar as dificuldades adicionais de se lidar com sujeitos adolescentes que não são detentores plenos de sua autonomia.

O desafio de lidar com “sujeitos vulneráveis”

Os Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) têm dificuldade em considerar as especificidades da pesquisa qualitativa utilizando um modelo de avaliação de pesquisas inspirado nos pressupostos científicos biomédicos. Em um contexto etnográfico, essas dificuldades crescem, pois é preciso lidar com uma estrutura rígida que não conhece ou comprehende a dinâmica de uma pesquisa antropológica. De acordo com Schuch (2013), “...qualquer discussão sobre ética em pesquisa antropológica tem que levar em conta a multiplicidade de domínios em que a ética existe na Antropologia”. As diferenças entre os modos de produção de pesquisa nas áreas sociais e biomédicas são imensas, assim fica evidente a dificuldade em normatizar procedimentos distintos por meio de uma única tradição disciplinar (Schuch, 2013).

A exigência do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) é um dos grandes entraves, pois em uma pesquisa etnográfica onde *a priori* não está definido com quem se vai conversar, que situações serão observadas ou mesmo o que vai ser alvo de observação, esse modelo de consentimento está inadequado (Knauth, 2010, p. 111). O consentimento deve ser um processo permanente de negociação

entre pesquisador e pesquisado que se baseia nos princípios do respeito pelo direito das pessoas a serem informadas, por sua privacidade e integridade (Schuch, 2013; Tello, 2013).

Knauth (2010, p. 111) ressalta algumas questões que a exigência do TCLE suscita: Quem deve dar o consentimento ao pesquisador? Como aplicá-lo em salas de espera? É ético fazer uma pesquisa sem que as pessoas saibam do estudo, de seus objetivos e concordem participar? No caso da investigação em curso, todas essas questões se apresentam e surgem ainda outras. O TCLE deve ser aplicado a todos indiscriminadamente?

Ao assistir uma consulta, não é certo ainda que aquele/a adolescente será procurado/a posteriormente para uma entrevista. Além disso, pela grande maioria ter menos de 16 anos de idade, portanto considerados “vulneráveis”, o CEP reforça que os responsáveis devem assinar o consentimento para a participação de seus filhos. A vulnerabilidade ocorre quando os participantes têm menor poder em comparação aos pesquisadores, assim estariam sob maior risco de sofrerem danos devido a uma capacidade reduzida de proteger seus interesses. Participantes vulneráveis podem ser prejudicados por coerção, tanto para assinar o TCLE, quanto para participação na pesquisa em si. Tal coerção pode advir da equipe de saúde, dos responsáveis ou mesmo da pesquisadora, tornando o consentimento livre e esclarecido inadequado. Este é um dos principais desafios à pesquisa com populações vulneráveis, pois o TCLE deve ser adequadamente livre e esclarecido. Para isso, os adolescentes precisam ter informação suficiente e compreensão adequada tanto da pesquisa quanto de sua participação (Rogers; Ballantyne, 2008).

Cabe destacar que a maioria dos adolescentes vão às consultas acompanhados pelos responsáveis, os quais ocupam o lugar dos filhos na interação com os profissionais de saúde. Diversas vezes presenciei consultas em que o adolescente sequer abria a boca e o responsável falava por ele o tempo todo. Como saber se de fato esse/a adolescente tem interesse em dividir comigo questões íntimas de sua vida se

é seu responsável quem dará a anuência por ele/a? A isenção do TCLE dos responsáveis pode ser essencial nesse contexto específico em que o poder decisório desses sujeitos já está extremamente comprometido pela presença de alguma doença e/ ou mal-estar. Uma parcela daqueles que estão em atendimento não o estão por vontade própria, a inclusão desse adolescente em uma pesquisa qualitativa sem que seja de seu interesse participar certamente comprometeria os resultados obtidos nas entrevistas.

Leite (2012, p. 98) coloca a questão da autonomia *versus* tutela como um desafio ético relevante no que tange ao público adolescente. Embora os limites da autonomia adolescente sejam consideravelmente mais largos que a infantil, devido ao processo de construção social da pessoa, ao mesmo tempo, tanto na saúde quanto na educação é reforçado o discurso da irresponsabilidade e desorientação dos adolescentes, o que justificaria uma postura de tutela voltada a essa população.

O primeiro contato da pesquisadora com os usuários adolescentes tem sido feito na sala de espera, fora do contexto da consulta, justamente para que o/a adolescente não se sinta constrangido/a a aceitar participar da entrevista por estar diante do profissional de saúde que semanalmente realiza seus atendimentos. Por outro lado, esse convite é feito com a televisão ligada, equipe de enfermagem dando avisos ou confirmando a chegada de algum usuário, profissionais chamando para atendimento, conversas paralelas, enfim, como aplicar um TCLE, que precisa ser lido com calma e entendido plenamente, nesse contexto movimentado?

Em relação a essa questão, buscou-se uma forma alternativa e mais factível nesse espaço da sala de espera. Por se tratar de adolescentes e por ser extremamente difícil um contato sem a presença de um responsável por perto, foi elaborado um convite para a pesquisa, com algumas informações básicas: Apresentação da pesquisadora, nome da pesquisa, objetivos mais amplos, forma de participação e contatos da pesquisadora. Nesse último item, como forma de aproximação ao público adolescente, além do telefone foi criado um *e-mail* para a pesquisa.³

³ Considerando as mudanças geracionais recentes e a estreita aproximação dos adolescentes com mídias digitais, o primeiro convite elaborado incluía também o contato da pesquisadora com potenciais sujeitos de pesquisa, via *Facebook* e MSM, o que foi rechaçado pelo CEP e por nós eliminado.

Tais ferramentas são uma forma de fazer contato com esses/as jovens para que, posteriormente, um encontro pessoal possa ser agendado. Nesta ocasião, o TCLE será lido com calma e acredita-se que a decisão sobre o desejo de ser entrevistado/a possa ser tomada de forma consciente.

Como uma última questão, “é eticamente aceitável fazer etnografia quando parte das pessoas envolvidas desconhecem o objetivo da pesquisa ou possuem informações muito genéricas sobre o tema?” (Knauth, 2010, p. 112), ou ainda, “sem que as pessoas saibam do estudo, de seus objetivos e concordem participar?” (Knauth, 2010, p. 111). No entanto, no caso de uma etnografia, a revelação muito detalhada de seus objetivos altera de forma significativa o contexto da pesquisa (Knauth, 2010, p. 112). Como resolver mais essa questão? Há uma resolução que seja eticamente viável?

Rogers e Ballantyne (2008) afirmam que toda pesquisa tem o potencial de causar danos e, portanto, todo participante é potencialmente vulnerável. No entanto, a vulnerabilidade em questão diz respeito às desigualdades na relação de poder entre o pesquisador e o participante. Nesse sentido, as autoras destacam que populações vulneráveis assim o são, não somente em relação aos pesquisadores e à pesquisa, mas também em outras relações e contextos sociais.

Ainda de acordo com as autoras, a participação em pesquisa é uma experiência valiosa que não deve ser negada a indivíduos vulneráveis. Contanto que sejam tratados respeitosamente e que a pesquisa aborde questões relevantes para a sua saúde, defendem que o estudo com estes grupos é um bem social que deve ser estimulado e facilitado. Nesse sentido, Víctora (2013) afirma que a problemática está em como retratar e/ou interpretar a realidade do outro de forma ética e responsável, mas atenta para o fato de que não fazê-lo contribui para a manutenção da invisibilidade de certos grupos cujas relações têm o direito de ser compreendidas e divulgadas.

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva (IESC/UFRJ) e, aprovado em 20 de dezembro de 2012 (CAAE: 04846312.6.0000.5286).

A entrada em campo: dilema entre comprometimento e formalidade

A realização da pesquisa etnográfica tem sido um exercício árduo, pois busco articular o olhar de pesquisadora - que se inicia no método antropológico - e o de nutricionista. Talvez por inexperiência, pensava ser a minha formação como nutricionista aquilo que me aproximava do meu interesse de pesquisa, sem conseguir enxergar o contexto em que estou inserida, bem como a pesquisa em si. No entanto Marini (2010), antropóloga por formação, demonstra por uma perspectiva bem mais ampla como se sentiu atraída por estudar os TAs, pois para ela, estar diante de um “objeto próximo”, em sua própria cultura e em se tratando de um fenômeno sociocultural do qual faz parte foi o que a estimulou a querer refletir sobre aspectos envolvidos no desenvolvimento de TA em nossa sociedade.

Meu primeiro dia em campo foi marcado por um misto de ansiedade e medo. Ansiedade, pois sabia o quanto tinha batalhado para conseguir iniciar o trabalho de campo e também para “pôr em prática” todo o conhecimento teórico que vinha acumulando ao longo de quase um ano. E medo, por não saber o que esperar. Marini (2013) confessa que suas primeiras notas do diário de campo revelam quão deslocada se sentia nas reuniões com a equipe de psicanalistas que atendem TA e quão difícil foi se relacionar e interagir com este grupo. A leitura de outros trabalhos com temáticas similares, feito por antropólogas, também me ajudaram a segurar a ansiedade e a compreender que minhas angústias de principiante eram justificadas e comuns, como mais uma etapa para realização da pesquisa.

A equipe de saúde em que a pesquisa vem sendo realizada é constituída por duas psicólogas; uma nutricionista; uma médica e um médico, ambos clínicos, e os residentes destas especialidades. Minha rotina de pesquisadora no ambulatório foi se definindo pela reunião de equipe logo cedo e posteriormente tenho me dividido entre sala de espera e assistir as consultas dos clínicos e da nutrição. Logo de início, a exemplo de Bonet (2004, p. 19), me sentia insegura ao não saber o que observar e em que lugar

minha observação seria mais útil. Sempre me sentia culpada quando optava por ficar na sala de espera e na semana seguinte ouvia um relato interessante que havia ocorrido na consulta. Assim como Bonet (2004, p. 19), venho aprendendo a lidar com a sorte de se estar no lugar e no momento certos e tal como alerta Silverman (2010, p. 210) tenho exercitado tratar os acontecimentos aparentemente óbvios como algo potencialmente importante. Sobre essa questão, creio que a releitura constante do diário de campo pode ajudar o pesquisador a entender o caminho percorrido.

Uma questão que me preocupou inicialmente foi a da identificação como nutricionista. Mesmo que ressalte a importância de ser reconhecida como pesquisadora, os profissionais nunca me apresentam aos adolescentes como tal. Em sua etnografia virtual em *sites* e *blogs* de indivíduos com TA, Silva (2004) que é antropóloga, afirma não ter sido uma expectadora passiva, do contrário, em campo se identificava como uma antropóloga realizando uma pesquisa, mas partilhava sua história pessoal e opiniões e, participava das discussões. Assim, acredita ter sido aceita como membro do grupo e não como uma intrusa querendo apenas obter informações para realizar sua pesquisa. Nesse caso, ter falado de sua vida pessoal colocou a pesquisadora “dentro” do grupo pesquisado, e a fez ser acolhida por eles. No entanto, minha formação profissional pode muitas vezes ser interpretada negativamente, pois a relação dos usuários com as profissionais de nutrição nem sempre é amigável, havendo casos de pacientes que fogem da consulta, que choram para não entrar no consultório ou que simplesmente afirmam só aceitar o tratamento se não precisar passar pela nutrição. Há um medo associado à consulta da nutrição, os adolescentes por vezes acreditam que a nutricionista está ali apenas com a intenção de engordá-los.

Ao mesmo tempo reconheço que ainda tenho dificuldade de sair da posição de nutricionista. Inicialmente, o fato de ser também uma profissional de saúde foi um fator positivo, pois facilitou os contatos iniciais e a aceitação da pesquisa pelos membros da equipe de saúde, por se tratar de alguém do “mesmo meio”. Mas, a familiaridade com o ambiente ambulatorial, por outro lado dificultava meu distanciamento e o estranhamento necessários a uma etnografia

(Chazan, 2005). Tanto nas reuniões, quanto nas consultas, é difícil modificar o tipo de escuta que preciso ter ou identificar o que deve ser observado (Zambrano, 2010, p. 59), fundamentalmente nas consultas de nutrição. Procuro buscar apoio constante no referencial teórico, como Malinowski (1986, p. 32) ressaltou, a prática precisa basear-se na teoria para o enfrentamento das visitas a campo. Também tem ajudado a trabalhar melhor minha escrita, para encontrar uma forma de elaborar um diário descritivo, que incorpore impressões, pensamentos, sentimentos, emoções e reflexões sobre o campo. Essa releitura contribui para a percepção das modificações no pesquisador e do momento vivenciado na pesquisa (Dalmolin; Lopes; Vasconcellos, 2002).

O fato de ser médica foi um elemento facilitador para Ferreira (2014) na observação das consultas médicas, mas afirma que foi necessário colocar em perspectiva os aspectos relativos a essa dupla identidade (médica x antropóloga). Revela também que sua identidade médica por vezes a impediou de ser uma simples observadora, acabou participando de exames físicos e opinando sobre diagnósticos. Mas a autora justifica que tais momentos servirão para aprofundar sua interação com os médicos, que sempre estiveram cientes de sua posição como pesquisadora.

Nunca observei uma consulta da nutricionista, pois quem faz a maioria dos atendimentos é a residente, e a nutricionista apenas assiste para depois que o paciente sai da sala orientar a aluna. A princípio, a residente de nutrição ficava insegura por estar assistindo, eu também tinha dificuldade com essas consultas, porque em minha cabeça formulava condutas diferentes e pensava numa série de intervenções. Sentia a “dualidade identitária” abordada por Zambrano (2010, p. 64) ao iniciar sua pesquisa de mestrado. Tinha vontade de intervir ou de complementar, embora possa destacar que em minha carreira como nutricionista, nunca atendi um paciente de TA, o que por vezes, me auxiliou a manter o afastamento (Chazan, 2005).

Oliveira (1998) afirma que, um dos pontos mais difíceis de sua pesquisa foi separar o médico clínico do antropólogo em campo. Até deixar o papel de nutricionista, embora em verdade nunca o tenha deixado, e me colocar no lugar de observadora levou

certo tempo, mas nunca opinei durante as condutas, sempre reforcei o quanto as observações têm sido importantes e procuro deixar o profissional o mais confortável possível com a minha presença. Deixo claro que estou observando a dinâmica do atendimento e não a postura ou conduta profissional.

Desde o primeiro momento fui bem recebida pela coordenação que via em meu interesse em realizar uma pesquisa nesse serviço de saúde um sinal de que o trabalho da equipe está se firmando e sendo reconhecido também por pesquisadores, não somente pelos profissionais de saúde. Minha convivência com a equipe de saúde do ambulatório de TA é amigável, especialmente com a secretária da coordenadora do Programa e com as residentes de todas as especialidades. Creio que pelo fato de sermos todas jovens, há uma identificação natural e enquanto as reuniões de equipe não começam conversamos sobre os assuntos mais diversos (Bonet, 2004, p. 18). Com os outros membros da equipe, a relação se resume mais especificamente ao contexto das reuniões e consultas. Não existem muitas oportunidades de conversas informais com os profissionais durante o período de atendimento.

Todos estão cientes da minha formação profissional e do fato de ser uma doutoranda fazendo uma pesquisa com adolescentes que sofrem de AN. A coordenação das reuniões tem sido feita exclusivamente pela coordenadora do ambulatório e ela busca também controlar meu acesso à equipe.

Inicialmente as pessoas não pareciam curiosas com a minha presença e não entendiam bem o que estava fazendo lá. Com o tempo, no entanto, diferentes profissionais de saúde do PTA começaram a questionar se eu estava gostando, se minhas idas estavam sendo úteis e se poderiam me ajudar de alguma forma. Do mesmo modo, Faria (2008) afirma que mesmo sem compreender exatamente o que ela buscava, a equipe da unidade de saúde se esforçava para ajudar em seu trabalho.

O fato de estar observando até hoje não é bem compreendido. Por vezes, os profissionais de saúde foram até a sala de espera e perguntaram o que eu estava fazendo lá. Ou quando abriam a porta do consultório para chamar um usuário e me viam sentada correspondiam com um “sorriso amarelo”. Após uma reunião, a coordenadora me perguntou se gostaria

de continuar na sala e disse que ia para sala de espera. Nesse dia, ela passou por lá diversas vezes me observando. Na semana seguinte questionou o que havia feito sentada em meio aos usuários por toda a manhã e o que estava escrevendo. Procuro dar a mesma resposta a todos, digo que estou anotando detalhes da rotina, observando as interações entre as pessoas e essa resposta é sempre bem aceita.

Tenho a impressão que algumas das situações que observo ocorreram precisamente porque eu estava observando, especialmente nas reuniões de equipe. Tais situações se repetem diversas vezes e em alguns casos ainda recebo uma recomendação: “Isso é legal você anotar para colocar na sua pesquisa”. Menezes (2006, p. 24) destaca que mesmo sabendo que ela estava junto à equipe observando com o propósito de realizar seu estudo, muitos profissionais não conseguiam se comportar com espontaneidade e havia uma preocupação da equipe em “passar” a melhor imagem.

Na sala de espera, procuro observar os gestos, as conversas, os silêncios, as posições (se sentados ou em pé). Procuro um lugar pelo meio ou ao final das cadeiras e há dias em que a observação é difícil, pois a sala fica cheia, com grande parte das pessoas em pé. Como iniciei as observações da sala de espera mais tarde, já conhecia muitas das adolescentes e seus responsáveis pelas consultas e também pela visão dos profissionais de saúde, por meio das reuniões de equipe. Assim, a sala de espera se tornou um complemento essencial para as observações e anotações que já havia feito em meu diário de campo.

Embora a recepção inicial tenha sido positiva, Menezes (2006, p. 24) destaca que aos poucos os profissionais começaram a questionar o motivo das suas observações. Inicialmente minha presença era destacada nas reuniões como um diferencial na equipe, algo que eles tinham de especial: uma pesquisadora! Ao perceberem que o meu trabalho é basicamente observar e anotar, o lugar de destaque foi sendo diluído. A partir de então, passei a ser constantemente questionada sobre o andamento da pesquisa, sobre quando as entrevistas vão se iniciar, entre outras. Sinto que a cada semana, a agonia pela minha presença aumenta.

Marini (2013) acreditava ser vista em uma posição inferior como pesquisadora (apenas) por não

dominar o saber psicanalítico. Além disso, afirma que seu lugar oscilou ao longo de toda a pesquisa, indo da desconfiança à amizade e vínculo pessoal. No meu caso, ser pesquisadora e nutricionista me colocava em posição de destaque: por um lado tinha a valorização da coordenadora e por outro os profissionais me incluíam com total tranquilidade nas discussões sobre os casos, por vezes requisitando minha opinião. Mas compartilha da posição oscilante, pois, embora nunca de fato tenha tido um relacionamento pessoal com qualquer membro da equipe, a convivência amistosa e prazerosa não se manteve todo o tempo.

Berreman (1975, p. 141) destaca que a pesquisa etnográfica “pode ser vista como um sistema que envolve a interação social entre o etnógrafo e seus sujeitos”. No meu caso, a interação com os sujeitos está condicionada a nossa interação com a equipe de saúde e com os familiares, posto que, por serem adolescentes e/ou por estarem gravemente doentes, não frequentam o serviço de saúde sozinhos. Dessa forma, não há um momento sequer nesse contexto institucional em que consiga conversar com meus pesquisados a sós, posto que mesmo na sala de espera eles ficam sob a guarda dos responsáveis, o que tem me deixado apreensiva sobre como será essa relação. Silva (2004) destaca que o “encontro etnográfico” foi facilitado por fazer parte do mesmo universo cultural de suas pesquisadas e por partilhar com elas uma série de características comuns como: ser mulher (como a maioria em sua pesquisa), ser jovem, de classe média, conhecedora do universo da internet e, por partilhar com eles um histórico de dietas, tratamentos para emagrecer, problemas com o peso e com sua autoimagem. Embora eu nunca tenha tido problemas com peso, partilho com minhas pesquisadas as tantas outras características citadas, o que também poderão me servir de facilitadoras.

Até o momento, tenho me restringido a convidar os adolescentes na sala de espera, anotar seus contatos e trocar meia-dúzia de palavras. No mais, tenho me focado na observação, o que por vezes me faz deixar o ambulatório no final do expediente com um sentimento de frustração. Foote-White (1975, p. 81-82) se questionava sobre se estar parado em uma esquina, sem fazer perguntas aos rapazes da Norton

Street era um processo que poderia ser chamado de “pesquisa”. No entanto, em seguida esclarece que em campo “é preciso aprender o momento apropriado para perguntar, assim como o que perguntar”. Ao observar e ouvir, o autor revela ter obtido respostas para perguntas que nem teria feito se tivesse entrevistando aquelas pessoas.

Considerações finais

Durante esse tempo de observação do cotidiano do serviço de saúde, foi possível compreender na prática o que era descrito na literatura científica, e confrontar essas informações obtidas a partir de terceiros com o que está ocorrendo a cada semana diante dos olhos. Sentir a tristeza, a alegria, o desânimo, a euforia e uma série de emoções que só o contato com o campo e com o grupo que o pesquisador deseja estudar pode proporcionar, não tem preço.

É reconhecido que a observação participante pressupõe a interação entre o pesquisador e os seus pesquisados. Dessa forma, as informações que o pesquisador obtém ao final de seu trabalho, dependerão do seu comportamento e das relações que desenvolve com o grupo objeto de suas observações (Valladares, 2007, p. 154). No caso desta pesquisa, satisfazer essa condição básica tem sido um desafio, pois o grau de interação com as/os adolescentes ainda é quase nulo. A interação da pesquisadora com a equipe de saúde e com os pais ou responsáveis legais é infinitamente maior do que com os adolescentes.

O fato de serem adolescentes e não terem sua autonomia reconhecida, somado à gravidade da doença, que os torna ainda mais vigiados, tem influência decisiva no silêncio observado e na falta de interesse em se relacionar e em se posicionar mediante as questões que se apresentam. Tal fato não pode ser ignorado ou tomado como fracasso, pelo contrário está sendo apreendido como um dado importante. Durante as entrevistas, acredita-se que longe da presença destas figuras de autoridade, a tão desejada relação entre pesquisadora e seus sujeitos de pesquisa pode ser firmada, assim como o silêncio quebrado.

Em campo foi preciso aprender a controlar o desejo de intervir, de ajudar, de me posicionar e deixar emergir alguém que está ali com claro interesse em

pesquisar, em observar e em aprender com o outro. Para apreender uma realidade social não é suficiente estar lá, é necessário lembrar de seus objetivos, mas ao mesmo tempo se manter atento para o que o campo tem para revelar e estar aberto às modificações que certamente vão ocorrer ao longo do percurso. É uma tarefa difícil, mas acredito ser possível e enriquecedora pessoal e profissionalmente.

Referências

- APA - AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-V)*. 5. ed. Washington, DC, 2013. Disponível em: <<http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx>>. Acesso em: 10 jun. 2013.
- APPOLINÁRIO, J. C.; CLAUDINO, A. M. Transtornos alimentares. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 22, p. 28-31, 2000. Suplemento 2.
- BERREMAN, G. D. Etnografia e controle de impressões em uma aldeia do Himalaia. In: ZALUAR, A. *Desvendando as máscaras sociais*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1975. p. 123-174.
- BONET, O. A experiência de campo. In: BONET, O. *Saber e sentir: uma etnografia da aprendizagem da biomedicina*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004. p. 17-21.
- BOSI, M. L. M.; ANDRADE, A. Transtornos do comportamento alimentar: um problema de saúde coletiva. *Cadernos de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 197-202, 2004.
- CHAZAN, L. K. Vestindo o jaleco: reflexões sobre a subjetividade e a posição do etnógrafo em ambiente médico. *Cadernos de Campo*, São Paulo, v. 13, n. 13, p. 15-32, 2005.
- CORDÁS, T. A.; CLAUDINO, A. M. Transtornos alimentares: fundamentos teóricos. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 24, p. 3-6, 2002. Suplemento 3.
- DALMOLIN, B. M.; LOPES, S. M. B.; VASCONCELLOS, M. P. C. A construção metodológica do campo: etnografia, criatividade e sensibilidade na investigação. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 19-34, 2002.
- DARMON, M. Variations corporelles: l'anorexie au prisme des sociologies du corps. *Adolescence*, Paris, v. 2, n. 24, p. 437-452, 2006.
- FERREIRA, J. Reparar o moral: etnografia dos cuidados médicos de um centro de saúde humanitário francês. In: FERREIRA, J.; FLEISCHER, S. (Org.). *Etnografias em serviços de saúde*. Rio de Janeiro: Faperj: Garamond, 2014.
- FARIA, M. A. *Escolha ou destino feminino: repensando concepções de corpo e reprodução entre mulheres usuárias de uma unidade de saúde em Curitiba*. 2008. Dissertação (Mestrado em Antropologia) - Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.
- FLEITLICH, B. W. et al. Anorexia nervosa na adolescência. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, v. 76, n. 3, p. 323-329, 2000. Suplemento 3.
- FOOTE-WHYTE, W. Treinando a observação participante. In: ZALUAR, A. *Desvendando as máscaras sociais*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1975. p. 77-86.
- GONZAGA, A. P.; WEINBERG, C. Transtornos alimentares: uma questão cultural? *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 30-39, 2005.
- KNAUTH, D. A etnografia na saúde coletiva: desafios e perspectivas. In: SCHUCH, P.; VIEIRA, M. S.; PETERS, R. (Org.). *Experiências, dilemas e desafios do fazer etnográfico contemporâneo*. Porto Alegre: Ufrgs, 2010. p. 109-114.
- LEITE, V. J. A sexualidade adolescente a partir de percepções de formuladores de políticas públicas: refletindo o ideário dos adolescentes sujeitos de direitos. *Psicologia Clínica*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 89-103, 2012.
- LUNA, N. *Provetas e clones: uma antropologia das novas tecnologias reprodutivas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. (Coleção Antropologia & Saúde).

- MACEDO, J. L. *A subversão da morte*: um estudo antropológico sobre as concepções de morte encefálica entre médicos. 2008. Dissertação (Mestrado em Antropologia) - Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.
- MACHADO, P. S. *O sexo dos anjos*: representações e práticas em torno do gerenciamento sociomédico e cotidiano da intersexualidade. 2008. Tese (Doutorado em Antropologia) - Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.
- MALINOWSKI, B. Introdução: o assunto, o método e o objetivo desta investigação: aspectos essenciais da instituição Kula: o significado do Kula. In: DURHAM, E. R. (Org.). *Malinowski*. São Paulo: Ática, 1986. p. 24-48
- MARINI, M. A pressão social e cultural como fator de influência no desenvolvimento de transtornos alimentares. *Cadernos da CEPPAN: Revista de Transtornos Alimentares*, São Paulo, n. 7, p. 7-9, out. 2010.
- MARINI, M. *Diário de peso*: saberes e experiências sobre os transtornos alimentares. 2013. Dissertação (Mestrado em Antropologia) - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.
- MENEZES, R. A. *Difícies decisões*: etnografia de um Centro de Tratamento Intensivo. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. (Coleção Antropologia & Saúde).
- OLIVEIRA, F. A. *Serviços de saúde e seus usuários*: comunicação entre culturas em uma unidade de saúde comunitária. 1998. Dissertação (Mestrado em Antropologia) - Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1998.
- OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10*: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. 10. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- RIBEIRO, F. B. Etnografias a jato. In: SCHUCH, P.; VIEIRA, M. S.; PETERS, R. (Org.). *Experiências, dilemas e desafios do fazer etnográfico contemporâneo*. Porto Alegre: Ufrgs, 2010. p. 85-88.
- ROGERS, W.; BALLANTYNE, A. Populações especiais: vulnerabilidade e proteção. *Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, p. 31-41, 2008. Suplemento 1.
- SANTOS, P. C. M.; RIBEIRO, R. P. P.; SANTOS, J. E. Como diagnosticar e tratar anorexia nervosa e bulimia. *Revista Brasileira de Medicina*, Rio de Janeiro, v. 47, p. 155-169, 1990. Número Especial.
- SCHMIDT, E.; MATA, G. F. Anorexia nervosa: uma revisão. *Fractal: Revista de Psicologia*, Niterói, v. 20, n. 2, p. 387-400, 2008.
- SILVA, D. F. A. *Do outro lado do espelho*: anorexia e bulimia para além da imagem: uma etnografia virtual. 2004. Dissertação (Mestrado em Antropologia) - Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade de Campinas, Campinas, 2004.
- SILVA, D. F. A. *Histórias de vida com transtornos alimentares*: gênero, corporalidade e a constituição de si. 2011. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) - Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade de Campinas, Campinas, 2011.
- SILVERMAN, D. *Um livro bom, pequeno e acessível sobre pesquisa qualitativa*. Porto Alegre: Bookman, 2010.
- SCHUCH, P. A vida social ativa da ética na Antropologia (e algumas notas do “campo” para o debate). In: SARTI, C.; DUARTE, L. F. D. (Org.). *Antropologia e ética: desafios para a regulamentação*. Brasília, DF: ABA, 2013. p. 31-85.
- TEIXEIRA, P. C. et al. A prática de exercícios físicos em pacientes com transtornos alimentares. *Revista de Psiquiatria Clínica*, São Paulo, v. 36, n. 4, p. 145-152, 2009.
- TELLO, M. Ética y antropología de la violencia. In: SARTI, C.; DUARTE, L. F. D. (Org.). *Antropologia e ética: desafios para a regulamentação*. Brasília, DF: ABA, 2013. p. 172-229.

VALLADARES, L. Os dez mandamentos da observação participante. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, v. 22, n. 63, p. 153-155, 2007.

VÍCTORA, C. O ético e o legal nos processos de apropriação profissional da experiência social. In: SARTI, C.; DUARTE, L. F. D. (Org.). *Antropologia e ética: desafios para a regulamentação*. Brasília, DF: ABA, 2013. p. 106-130.

VÍCTORA, C. G.; KNAUTH, D. R.; HASSEN, M. N. A. *Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema*. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

WEINBERG, C. Do ideal ascético ao ideal estético: a evolução histórica da anorexia nervosa. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia*, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 224-237, 2010.

YARZÓN, T. S.; GIANNINI, D. T. Abordagem clínica e nutricional na anorexia nervosa: relato de caso. *Adolescência & Saúde*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 39-45, 2010.

ZAMBRANO, E. A experiência etnográfica no campo médico e médico-jurídico. In: SCHUCH, P.; VIEIRA, M. S.; PETERS, R. (Org.). *Experiências, dilemas e desafios do fazer etnográfico contemporâneo*. Porto Alegre: Ufrgs, 2010. p. 59-70.

Contribuição dos autores

Castro-Vianez foi responsável pela realização da etnografia na qual o artigo se baseia e escrita do mesmo. Brandão foi responsável pela leitura crítica, sugestões bibliográficas e revisão final de todo o material.

Recebido: 12/07/2013

Reapresentado: 06/05/2014

Aprovado: 26/05/2014