

**UMA PSICÓLOGA INSIDER E UMA ANTROPÓLOGA OUTSIDER: IDENTIDADES,
DOCUMENTOS E RELAÇÕES DE PODER ENTRE INSTITUIÇÕES DE SAÚDE**

*An insider psychologist and an outsider anthropologist: identities,
documents, and power relations in health institutions*

*Una psicóloga insider y una antropóloga outsider: identidades,
documentos y relaciones de poder en las instituciones de salud*

Ana Paula Pimentel Jacob

Doutora em Antropologia pela Universidade de Brasília (2024) e professora substituta do departamento de Sociologia da Universidade de Brasília.

E-mail: anap.jacob@gmail.com

Áltera, João Pessoa, Número 20, 2025, e02015, p. 1-31.

ISSN 2447- 9837



1. RESUMO

O artigo reflete sobre os desafios éticos, metodológicos e epistemológicos enfrentados por uma antropóloga ao conduzir uma etnografia em um hospital público no Brasil. A autora, também psicóloga, ocupou um papel ambíguo entre o reconhecimento institucional da psicologia e o estranhamento da antropologia no campo biomédico. O texto explora as tensões vividas durante a submissão do projeto aos comitês de ética, cujas exigências baseadas em uma racionalidade biomédica impuseram adaptações linguísticas, metodológicas e institucionais. A exigência de um professor como pesquisador principal, a necessidade de vinculação institucional e o uso de documentos como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) revelam relações hierárquicas e disputas de saberes que atravessam o processo de pesquisa. A autora argumenta que esses documentos, mais que exigências formais, constroem identidades e “pessoas de papel”, apagando a agência da pesquisadora. Com base em Foucault, Marx e Weber, ela analisa como o sistema de aprovação científica opera por meio de normas disciplinares, desigualdades de classe e racionalidade burocrática. Apesar dos entraves, a autora destaca o potencial da antropologia para ampliar os olhares sobre saúde e adoecimento, defendendo a importância do diálogo interdisciplinar e da inserção das ciências sociais em contextos biomédicos. O artigo propõe a etnografia dos documentos como ferramenta analítica para compreender os modos como o saber antropológico é autorizado (ou não) em instituições hierarquizadas, propondo que as antropólogas precisam negociar constantemente seus papéis para produzir conhecimento em campos dominados por outras epistemologias.

PALAVRAS-CHAVE: Antropologia hospitalar. Comitê de ética. Psicologia.

1. ABSTRACT

The article reflects on the ethical, methodological, and epistemological challenges faced by an anthropologist conducting ethnographic research in a public hospital in Brazil. The author, also a psychologist, occupied an ambiguous position—recognized institutionally through her background in psychology, yet regarded as an outsider due to her anthropological approach within the biomedical field. The text explores the tensions experienced during the submission of her research project to ethics committees, whose demands, grounded in biomedical rationality, required linguistic, methodological, and institutional adaptations. The requirement for a faculty member to serve as the principal investigator, the need for institutional affiliation, and the use of documents such as the Informed Consent Form (TCLE) reveal hierarchical relations and epistemological disputes embedded in the research process. The author argues



that these documents, more than formal requirements, construct identities and “paper persons,” erasing the researcher’s agency. Drawing on Foucault, Marx, and Weber, she analyzes how the scientific approval system operates through disciplinary norms, class-based inequalities, and bureaucratic rationality. Despite the obstacles, the author highlights the potential of anthropology to broaden understandings of health and illness, emphasizing the importance of interdisciplinary dialogue and the inclusion of the social sciences in biomedical settings. The article proposes the ethnography of documents as an analytical tool to understand how anthropological knowledge is authorized (or not) within hierarchical institutions, suggesting that anthropologists must continually negotiate their roles in order to produce knowledge in fields dominated by other epistemologies.

KEYWORDS: Hospital anthropology. Ethics committee. Psychology.

1. RESUMEN

El artículo reflexiona sobre los desafíos metodológicos, éticos y epistemológicos enfrentados por una antropóloga al realizar investigación etnográfica en un hospital público brasileño. Explora las negociaciones para obtener autorizaciones institucionales, destacando la relación con los comités de ética en investigación, cuya lógica está arraigada en el saber biomédico. Estas exigencias incluyeron la adaptación del lenguaje y las metodologías a las normas del área de salud, como el uso de términos específicos y documentos como el Consentimiento Informado. La autora adopta un doble rol: como psicóloga insider, comprendida por los interlocutores del hospital, y como antropóloga outsider, enfrentándose a resistencias y extrañezas institucionales. Esta posición ambigua permitió transitar entre diferentes espacios, pero también evidenció tensiones entre saberes y prácticas científicas. El texto examina las jerarquías de poder en el hospital y los comités de ética, argumentando que estos contextos reflejan disputas epistemológicas y prácticas que limitan la inserción de las ciencias sociales en entornos biomédicos. La autora destaca el papel de los documentos en el proceso de investigación, considerándolos artefactos que construyen identidades y relaciones jerárquicas. Se concluye que, a pesar de los desafíos, la etnografía en instituciones de salud ofrece valiosas contribuciones al cuestionar prácticas biomédicas dominantes, ampliando la comprensión de experiencias humanas como la enfermedad. La reflexión resalta la importancia de los diálogos interdisciplinarios y de la inclusión de las ciencias sociales en contextos de salud, enfatizando la ética como un proceso negociado más que como un conjunto de normas formales.

PALABRAS-CLAVE: Antropología hospitalaria, comité de ética, psicología.



1. INDIGNAÇÃO COMO PORTA DE ENTRADA

A entrada em campo é um momento marcante para as antropólogas em formação, tendo em vista todas as possibilidades de derivações de trabalhos que se transformam em dissertações, teses e artigos. Tal momento é delicado e sentido de modo individual por cada pesquisadora, Silva (2005) me inspira a refletir sobre a entrada em campo. A autora aborda questões relativas ao trabalho de campo, marcado pelas dádivas que trocamos com as pessoas que encontramos. Dessa forma, é possível notar a presença do poder no campo, seja na produção dos nossos trabalhos em decorrência dessas pesquisas, seja por demais revisões que realizamos após nossas experiências em campo.

O objetivo desse artigo é refletir sobre relação de uma antropóloga com um comitê de ética em pesquisa no que tange às negociações para realização do trabalho de campo, discutir assim que saberes estão em disputa e que elementos constituem uma relação desigual de legitimação de formas de fazer pesquisa. As reflexões apresentadas derivam de uma etnografia dos documentos, anterior à etnografia que fiz dentro de um ambulatório oncológico, deste último trabalho resultou a produção da minha dissertação (Jacob, 2017). Os documentos foram exigências de minhas interlocutoras¹ para a autorização de uma pesquisa no hospital. Para elas, meu trabalho, além de ser aprovado pelos responsáveis do setor, precisava de uma avaliação dos respectivos comitês de ética em pesquisa responsáveis, vinculados ao hospital e à universidade a que eu estava vinculada na época.

A aprovação do meu trabalho pelo comitê de ética responsável era uma das exigências dos meus interlocutores. Naquele momento, o projeto de pesquisa visava explorar o cotidiano do hospital, em particular de um hospital público e de um ambulatório oncológico, abrangendo as diversas perspectivas de profissionais de saúde, pacientes, acompanhantes e voluntários. Adotar um objetivo amplo inicialmente revelou-se uma estratégia, pois minha proposta original, que investigava as perspectivas de morte dentro de um hospital, foi rejeitada por outro setor, sendo-me comunicado que essa ideia “não era desejada” naquele contexto.

Estar no limiar entre a antropologia e a saúde traz diversas implicações à realização do trabalho de campo (Porto, 2010). Para realizá-lo, temos que nos empenhar na construção de estratégias de autorrepresentação e autotradução (Fleischer, 2010). Autorrepresentação no sentido e formato pelos quais me apresentava às pessoas do ambulatório e autotradução no exercício cotidiano e também presente na proposta

1 A maioria das minhas interlocutoras foram mulheres, por isso utilizo a generalização no feminino.



de pesquisa enviada ao comitê de ética para que pessoas formadas na área da saúde me compreendessem. O movimento já se inicia nos primeiros contatos e mostra as dificuldades dos antropólogos em estudar os “de cima”. Surgem questões sobre como nossas próprias resistências se refletem a partir de lógicas que mostram o saber biomédico e seu poder e a construção de outra forma de se pesquisar. Também me deparo com outras pessoas que, no caminho, estão disponíveis para a conversa e diálogo entre conhecimentos.

A pesquisa etnográfica em contextos biomédicos, como hospitais, revela um campo de complexas disputas epistemológicas e hierarquias de saberes, exigindo do pesquisador uma constante negociação de identidades e metodologias. A experiência da autora ao realizar uma etnografia em um ambulatório oncológico ilustra vividamente essa tensão, posicionando-a simultaneamente como uma “psicóloga *insider*” e uma “antropóloga *outsider*”.

A posição de “psicóloga *insider*” minha, no caso, foi crucial para facilitar a entrada e trânsito no campo hospitalar. Minha formação prévia em psicologia permitiu que compartilhasse uma linguagem e cosmologia familiar aos profissionais de saúde, especialmente no que tange à escuta atenta e à familiaridade com ligações emocionais e relações de reciprocidade, essenciais no estabelecimento de vínculos de confiança (Bizerril, 2004). Essa “autotradução” de sua identidade e metodologia para os termos compreensíveis ao campo biomédico foi uma estratégia fundamental para obter acesso ao universo de concepções, práticas e experiências dos nativos hospitalares. A minha formação conformaria um projeto conceitual que se reflete diretamente sobre a maneira de cada investigador ver a realidade, o que, no meu caso, interpenetrava conhecimentos biomédicos e facilitava o diálogo (Trad, 2012).

Em contraste, a identidade de “antropóloga *outsider*” provocou estranhamentos e resistência institucional (Collins, 2016). A racionalidade biomédica é descrita como um sistema mecanicista e analítico que tende a naturalizar concepções e a ter uma doutrina médica implícita, sendo a representação oficial do corpo humano no mundo ocidental contemporâneo (Camargo Jr., 2005; Sarti, 2010). Ao tratar o corpo e a doença como categorias culturais e se propor como uma crítica do etnocentrismo e do racionalismo implícitos no pensamento ocidental, a antropologia gera uma tensão constitutiva com a biomedicina, justificando sua posição de “*outsider*” (Sarti, 2010). A biomedicina, como um campo de saberes biológicos, impõe sua visão de ciência que informa a clínica, onde a doença é vista como uma variação quantitativa e mensurável, o que diverge em certa medida da perspectiva antropológica (Sarti, 2010).



Os comitês de ética em pesquisa surgem como o epicentro dessas tensões, operando sob a lógica dos saberes biológicos e muitas vezes dificultando a compreensão e validação das metodologias das ciências humanas e sociais (Sarti, 2010; Fleischer, 2018). Exigências como o uso de termos específicos, por exemplo: “participante” no lugar de “sujeito” ou “ator”, a demanda por um “n grande” (número de participantes) ou “casuística”, e a solicitação de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), reflete uma “redução e simplificação do método à técnica” e a prevalência de uma lógica biomédica e quantitativa (Nakamura, 2011; Lima, 2010).

Para a antropologia, a ética é um processo negociado e renegociado constantemente e não se restringe a um conjunto de regras formais ou a uma relação de contrato possivelmente colocada pelo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE, que pode afetar a espontaneidade da pesquisa e o vínculo etnográfico (Schuch e Victora, 2015; Bizerril, 2004).

Além disso, a burocracia do processo de aprovação, com a exigência de múltiplos documentos e a hierarquização dos papéis (como a necessidade de um professor como “pesquisador principal”), transforma os documentos em “artefatos” que constroem identidades e “relações hierárquicas”, muitas vezes modificando a autoria e a agência do pesquisador em campo (Riles, 2006; Vianna, 2014). A própria estrutura do hospital, com suas conexões entre diferentes instituições governamentais (Ministério da Saúde, Ministério da Educação, EBSEH), reforça essa hierarquia de saberes e poder.

Apesar dos obstáculos, a etnografia em instituições de saúde traz contribuições importantes ao questionar a lógica biomédica centrada no indivíduo e na quantificação, como aponta Gordon (1991). A atuação da antropologia desafia esse modelo, ampliando a compreensão sobre o adoecimento. A insistência da antropóloga diante das dificuldades reforça o valor do diálogo interdisciplinar e da presença das ciências sociais no campo da saúde, como forma de crítica ao etnocentrismo biomédico (Sarti, 2010) e à naturalização de práticas médicas supostamente neutras (Camargo Jr., 2005).

Neste sentido, apresentando mais elementos de uma contextualização do debate ético e da ética e antropologia, refletirei ao longo do artigo sobre diferentes posições que pesquisadoras assumem e produção de conhecimento dentro dos limites das estruturas institucionais e científicas regulatórias. Há uma série de negociações e diferentes papéis que nós antropólogas precisamos acionar para entrar em campos específicos como hospitais. Além disso, os documentos elaborados nesse processo



simulam relações que não necessariamente ocorrem na prática cotidiana e criam cenários, relações e pessoas de papel (Vianna, 2014). Esse material evidencia as disputas de poderes e hierarquias de conhecimentos anteriormente ilustradas em trabalhos como os de Fleischer e Schuch (2010), Menezes (2004) e Collins (2016).

O texto está organizado em cinco seções. A introdução, em que apresento o objeto de estudo, a tese inicial deste trabalho. Na segunda seção apresento o contexto da pesquisa a partir do objeto de estudo que são as reflexões sobre os percalços da minha entrada em um campo de pesquisa hospitalar. A partir desse momento, compreendo os desdobramentos do papel ambíguo que ocupei no hospital: enquanto Antropóloga-Psicóloga. Na terceira seção, abordo questões sobre poder e hierarquia na gestão burocrática dos documentos, reflito sobre os documentos que uma antropóloga precisa elaborar para entrar em um campo hospitalar. No quarto momento, exploro controvérsias e disjunções entre metodologias e pesquisa. Nesta seção, exploro os descompassos entre compreensões a respeito do que sejam metodologias de pesquisa válidas. Por fim, na quinta seção, portanto, nas conclusões, realizo uma breve síntese de todos os aspectos abordados e aponto para algumas sugestões de estudos futuros.

2. SUJEITO, PARTICIPANTE OU ATOR: TENSÕES ENTRE A ANTROPOLOGIA E A PSICOLOGIA

Nessa seção dedico-me à contextualização da pesquisa e à ambiguidade do meu papel no campo pelo que me era atribuído e reconhecido pelos interlocutores, tendo em conta minha formação pregressa em psicologia e a presente naquele momento, com o mestrado em antropologia. Para tanto, coloco como aspecto central o papel ambíguo que ocupei no hospital, fazendo uma ligação importante não apenas com os documentos que fazem parte da investigação, mas também mostrando aspectos instigantes sobre instituição pesquisada.

A minha primeira aproximação foi a partir de uma ligação que fiz a um setor dedicado a ensino e pesquisa do hospital estudado, cujo número obtive via website da instituição. Por esta via consegui o contato com uma psicóloga que facilitou todo o meu vínculo com a proposta de pesquisa e o setor. Chamarei a psicóloga de Marcela,² que era sempre solícita e gentil. Ela assim respondeu, em 2015, a primeira mensagem após o envio do projeto:

² Todos os nomes referenciados neste trabalho são fictícios com o objetivo de preservar a identidade das pessoas que contatei no hospital. A instituição também não será identificada por uma exigência do comitê de ética que aprovou a pesquisa.



Olá Ana Paula,

Obrigada por participar o texto do seu projeto, pensei que você poderá respaldar de forma que fará um diálogo profícuo com a fundamentação teórica do Jung. (...) Porém, já posso lhe dizer de antemão que precisa retirar as palavras sujeitos, não é aceito pelo comitê, substitua por participante. (Grifo meu)

A ambiguidade da minha identificação pelos profissionais de saúde ficou tão clara que possibilitou a Marcela escrever sobre Jung, um psiquiatra e psicoterapeuta comumente estudado nos cursos de psicologia. Depois de um tempo, notei porque Marcela se interessava pelo meu trabalho: as residentes de psicologia que ela orientava trabalhavam com o mesmo tema que eu queria trabalhar na época, a morte.

Marcela também mencionou a troca da categoria ator por participante e disse que talvez seria mais bem aceita. Isso era uma referência à avaliação do meu trabalho pelo comitê de ética em pesquisa. Comitê de ética “é um colegiado interdisciplinar e independente, com ‘munus público’, que deve existir nas instituições que realizam pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil” (Brasil, 2002).

Pesquisas em instituições de saúde são marcadas por essa exigência por parte das interlocutoras. Para elas, qualquer pesquisa “envolvendo seres humanos” precisa de avaliação dos comitês, geralmente compostos majoritariamente por profissionais de saúde. Antropólogos, por sua vez, nem sempre compactuam com essa percepção. Muitos se questionam se somente a autorização de um comitê seria o suficiente para os acordos, se por um lado as pessoas no seu cotidiano poderiam com certa frequência autorizar a condução de determinada pesquisa ou não. Os consentimentos documentados em Termos de Consentimento podem gerar relações de contrato e nem sempre as pessoas podem se sentir livres para desautorizar a condução de determinado estudo, por exemplo (Fleischer, 2018). Algumas experiências revelam que comitês de ética por serem compostos majoritariamente por profissionais de saúde dificultam a compreensão e validação de outros instrumentos de investigação, em especial os das ciências humanas e sociais. Alguns embates e pendências são avaliações sobre métodos de pesquisa que nem sempre estão diretamente ligados aos preceitos éticos dos estudos propostos. Por exemplo, para os antropólogos, é essencial que as pessoas expressem continuamente seu consentimento em participar das pesquisas, já que um documento assinado, como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, pode não ser suficiente para tornar esses acordos plenamente claros. Por essas e outras discussões apresentadas no estudo de Fleischer (2018), muitos dos antropólogos que submetem seus projetos a comitês de ética são justamente os que



pesquisam em hospitais ou instituições de saúde, pois seus interlocutores exigem tais processos de todos que pesquisam no local.

O trabalho inicialmente proposto tinha como objetivo principal explorar o cotidiano de um hospital público, com foco particular em um ambulatório oncológico. Esta abordagem abrangente foi uma estratégia inicial, visto que a proposta original de investigar as perspectivas de morte dentro do hospital havia sido rejeitada por outro setor.

A pesquisa visava investigar as diversas perspectivas de profissionais de saúde, pacientes, acompanhantes e voluntários que faziam parte desse ambiente. Para a realização do estudo, a pesquisadora permaneceu no hospital por nove meses em 2016, buscando compreender a dinâmica e as relações estabelecidas nesse espaço.

Para submeter meu trabalho à avaliação do comitê de ética era preciso preencher documentos, formulários e fazer um projeto de acordo com as exigências do comitê. Em casos como o meu foram exigidas as avaliações a partir de dois comitês.³

Os aspectos brevemente citados sobre comitê de ética e Plataforma Brasil são mais úteis na próxima seção deste trabalho, mas são importantes de serem apresentados, para trazer sentido à resposta da psicóloga. Marcela foi o que considero “mediadora-chave”, inspirada no trabalho de Lipsky (1980). Ela comunicou a minha proposta a dois setores do hospital: o de transplante de medula óssea, que recusou meu trabalho; e o oncológico, que aceitou na primeira vez que o apresentei. Fizemos uma rápida reunião com dois médicos responsáveis pelo setor, eu expliquei meu estudo, fui vestida com jaleco (orientação direta que recebi de Marcela) e levei o projeto impresso e encadernado, estava junto com uma residente em psicologia que também apresentou seu projeto no mesmo formato. Dessa vez, alterei no projeto a ideia de olhar para a morte no hospital. Propus apenas a curiosidade de investigar um cotidiano hospitalar e os médicos disseram que por já ser psicóloga e já ter contato com o contexto hospitalar não viam problemas com o andamento da pesquisa. Com o contato estabelecido, conheci as residentes de psicologia com quem fiz vínculo ao longo da pesquisa, e que me apresentaram outros residentes que elas chamavam de

3 Para maiores aprofundamentos sobre comitê de ética e pesquisa, Fleischer (2018) tem um trabalho instigante que descreve a experiência de uma antropóloga como membro de um comitê. Outros trabalhos, como os de Fleischer e Schuch (2010), apresentam uma coletânea de artigos sobre antropólogos e comitês de ética. Também Schuch e Victora (2015) mostram questionamentos sobre essa ética a partir dessa concepção de pesquisa envolvendo seres humanos.



multiprofissionais; no caso, eram os não médicos.

Durante a pesquisa, fui convidada a ministrar uma aula de antropologia da saúde para os residentes, e participei de diversas atividades deles: reuniões, seminários, discussões de caso. Depois de um tempo fazendo pesquisa no ambulatório, os residentes de medicina estendiam convites para almoços às terças-feiras nas quais havia discussões de casos dos pacientes atendidos pelo setor. Isso mostra também o quanto eu era identificada como estudante e essa identidade, além da de psicóloga, me permitiu estar em outros espaços. A linguagem em comum que compartilhava com os meus interlocutores dentro do hospital, em especial os profissionais de saúde, permeava a produção de conhecimento científico. No entanto, o papel de observar os atendimentos de dentro de uma sala de quimioterapia, por exemplo, desestabilizava as formas convencionais de aprender dentro da instituição. Isso em determinado momento poderia causar curiosidade e interesse por parte dos profissionais de saúde ou poderia causar estranhamento e tensionamento.

Nos próximos parágrafos, apresento um objeto essencial que leva em questão essa ambiguidade, faço um elo com a minha identidade de estudante, credencial importante que me autorizava a transitar com mais liberdade pelo hospital.

Para conseguir um crachá do hospital que me permitisse transitar na instituição sem que um profissional de saúde estivesse sempre comigo, precisei fornecer ao hospital o meu número de registro no conselho regional de psicologia. A atuação de meu crachá – associado ao jaleco branco⁴ que eu utilizava – como mediador de minha experiência de pesquisa evoca o papel dos documentos como artefatos do conhecimento moderno, tal como demonstra Riles (2006). Os artefatos, segundo Riles (2006) sugerem o apagamento de uma determinada historicidade de documentos anteriores. O artefato era tão importante que eu o carregava pendurado no meu corpo durante os nove meses de pesquisa.

Para o comitê de ética eu era pesquisadora, para o ambulatório era psicóloga e antropóloga. O crachá não me identificava nem como psicóloga, nem como antropóloga, nem como pesquisadora, para esse documento eu era *mestranda*. Inspirada por Collins (2016), constatei que ser antropóloga me distanciava dos profissionais de saúde, provocava estranhamentos. Alguns deles até conheciam autores mais conhecidos na

4 Abordo mais sobre o jaleco na minha dissertação, mas ele foi negociado e conseguia ficar sem usá-lo boa parte do tempo, exceto quando estava na sala de quimioterapia. A equipe de enfermagem exigiu que o usasse e isso gerou um ponto de tensões nas minhas relações em campo. Aceitei o pedido, pois percebi que não o usar naquele espaço podia atrapalhar o trabalho das enfermeiras, que me confundiam com pacientes quando estava sem o jaleco.



antropologia: tais como Malinowski, mas isso desestabilizava as normas, as maneiras clínicas de enxergar a realidade dentro de uma instituição hospitalar. Era um desafio explicar que o contato cotidiano poderia me informar sobre a maneira de viver a partir daquele recorte urbano específico sem necessariamente dar a entender que estivesse avaliando o trabalho daquelas pessoas. Ao mesmo tempo, explicar o que era uma etnografia me trazia uma possibilidade maior de investir nas relações com os pacientes e acompanhantes. Explicar o fazer antropológico para essas pessoas me aproximava mais delas e criava menos hierarquias, mas ser psicóloga me autorizava a entrar naquele local. Como as duas áreas de conhecimento exploram a escuta atenta, também havia momentos de mistura entre elas que me possibilitavam transitar no local, me beneficiando ora de uma identificação ora de outra.

Como psicóloga, as pessoas dentro daquele espaço hospitalar entendiam que eu gostaria de escutar suas histórias, perguntar sobre elas. Foram vários os momentos em que as conversas com pacientes ou profissionais de saúde se iniciavam com: “como você é psicóloga, queria te fazer uma pergunta”. Nesses momentos, não me esquivava da minha identidade, embora deixasse claro que não trabalhava no hospital com essa função. Essas perguntas muitas vezes eram apenas para que eu escutasse as histórias ou comentasse algo que me chamasse a atenção. Era uma forma de explorar uma escuta atenta e foi uma estratégia importante para me aproximar das pessoas. Como a antropologia também explora essa mesma ferramenta, entendia que essa era uma forma de acessar alguns conteúdos interessantes para a pesquisa. Com o tempo e a frequência com que alguns pacientes me viam no ambulatório, alguns deles já começaram a entender que eu era estudante também, outros me davam dicas para procurar bolsas de estudo, estudar fora do país, por exemplo.

Sendo assim, percebo a antropologia como uma *outsider* no contexto hospitalar. Isso ocorria tanto pelas perguntas dos pacientes e de alguns profissionais de saúde, quanto pelas exigências e preenchimentos de documentos que destoavam muito da forma como a antropologia fazia pesquisa. Eu não precisava de uma pesquisa com um “n” grande,⁵ que ao ser atingido faria com que o objetivo do meu estudo se encerrasse, por exemplo. Marcela sugeriu por e-mail que eu poderia articular bem com a teoria de Jung e alertou que, embora “ator” tenha base antropológica, o revisor do projeto talvez prefira o termo “participante”. Sendo assim, a psicóloga de antemão prevê que os termos “relacionados à antropologia” seriam estranhados, possivelmente barrados pelos responsáveis pela aprovação do projeto e sugere

5 Termo nativo utilizado por meus interlocutores para indicar o número de participantes em uma pesquisa.



mudanças. A tradução de um projeto como esse era necessária e ao mesmo tempo a escrita, a apropriação de determinada linguagem apontava para uma disputa de determinadas produções de conhecimento. Antes mesmo que entrasse no campo desejado, o meu papel como *insider* na psicologia e *outsider* como antropóloga foi delimitado e caso não me movesse, relacionasse e correspondesse a um papel pré existente talvez não seria autorizada a pesquisar e, por fim, produzir um outro tipo de conhecimento, não biomédico.

Como Marcela menciona, o comitê de ética era um importante agente nessas relações que antecederiam a entrada no hospital. O comitê de ética é composto por 28 membros, e desses, 3 são coordenadores. A maioria deles é de áreas da biomedicina: tais como patologia, fisiologia, enfermagem, medicina. Dessa forma, confirmo que a Antropologia, bem como Fleischer (2018) expôs, foi compreendida a partir de um saber biomédico. Foram os médicos responsáveis pelo setor que autorizaram a pesquisa, depois de uma reunião na qual a Marcela pediu que eu vestisse o jaleco. Posteriormente, os comitês que aprovaram minha pesquisa eram compostos majoritariamente por profissionais de saúde. O comitê de ética em pesquisa vinculado à minha universidade é um exemplo disso, pois era composto em sua maioria por professores das ciências da saúde da universidade a que eu tinha vínculo na época. Portanto, houve uma validação de uma forma de fazer ciência inspirada também nessas áreas do saber. Fleischer (2018) coloca essa tensão de modo mais explicativo e destaca uma história da antropologia com os comitês de ética em que ela demonstra exatamente como um comitê de ética em pesquisa do Instituto de Ciências Humanas foi criado em Brasília. Posteriormente, já em 2022, tive uma experiência mais positiva com Comitês de Ética e tive um projeto de pesquisa aprovado em 40 dias,⁶ por este último comitê e sem questionamentos sobre a minha metodologia de pesquisa.

Refletir sobre o lugar ambíguo permite observar os estranhamentos causados pela proposta de pesquisa e leitura do comitê de ética que impactaram o início da pesquisa, chegando ao ponto de quase inviabilizar a proposta. Essa experiência também aparece em outros estudos da antropologia em instituições de saúde e muitos mostram suas dificuldades em obter essa autorização (Menezes, 2004; Fleischer e Schuch, 2010). Foi preciso certo jogo de cintura e sensibilidade para que pudesse acionar ora o meu papel enquanto psicóloga, ora como antropóloga. Sendo assim, notando as dicas que recebi de Marcela sobre as etapas seguintes a que me submeteria, exploro nas próximas seções mais sobre os comitês de ética, sua avaliação e alguns documentos que precisei elaborar no período da pesquisa.

6 O trabalho resultou na produção da minha tese.



3. A ETNOGRAFIA DE UMA INSTITUIÇÃO HOSPITALAR E OS COMITÊS DE ÉTICA

O hospital onde realizei a pesquisa por nove meses em 2016 é uma instituição pública, vinculada a uma universidade pública. Ele ocupava um lugar central na cidade e faz parte da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares — EBSERH, que concentra a gestão de complexos hospitalares que dedicam seus atendimentos aos usuários do Serviço Único de Saúde — SUS. Desse modo, percebo conexões entre diferentes instituições governamentais: por um lado o Ministério da Saúde, por outro o Ministério da Educação, que é o guarda-chuva maior a que a EBSERH e a Universidade pertencem.

Todas as conexões ficam mais nítidas quando preciso elaborar documentos que precisam de um papel timbrado. Os símbolos e logos presentes nos documentos indicam a posição hierárquica da instituição e suas conexões com outras entidades. O papel timbrado reforça esse pertencimento institucional: sem ele, o conteúdo perde força institucional e se reduz à autoria individual. Para que as demandas tenham legitimidade, é necessário estar vinculado a uma instituição como a universidade.

O comitê de ética é o tomador de decisão principal e, conforme mostrarei nos parágrafos seguintes, é o que vai me colocar enquanto pesquisadora em uma posição hierárquica invisível. Como mencionado, submeter a proposta de pesquisa ao comitê de ética era uma exigência de minhas interlocutoras e, nesse sentido, este ocupa uma posição de tomador de decisões (Nader, 2020) e ilustra a existência de um espaço hierárquico.

Após reuniões no hospital, obtive a autorização da médica responsável pela oncologia. Em seguida, preenchi os documentos exigidos pelos comitês de ética (submeti a dois comitês: o da universidade, local do meu vínculo institucional, e o do hospital, lugar em que pesquisei) e, com a aprovação, pude iniciar a pesquisa no ambulatório. Para as interlocutoras, esse processo burocrático funcionou como uma validação institucional do meu trabalho.

Desse modo, pautada pela resolução nº 510/2016 escrevi um projeto de pesquisa nos moldes das ciências da saúde, pois na época o comitê de ética da minha universidade era vinculado ao setor de ciências da saúde. Foram três meses para organizar os dezessete documentos com assinaturas diferentes que o comitê me exigiu para emitir um parecer autorizando a pesquisa dentro do hospital.

Apresento a lista de documentos que preenchi: 1) Ofício do pesquisador com o envio do projeto ao comitê de ética; 2) Ofício com a ata de aprovação; 3) Ata de



aprovação; 4) Comprovante de mérito, qualificação ou fomento; 5) Declaração do orientador; 6) Concordância dos serviços envolvidos; 7) Concordância da instituição coparticipante; 8) Concordância do diretor de ensino e pesquisa; 9) Termo de confidencialidade; 10) Declaração de divulgação dos resultados; 11) Declaração de uso de dados assinada pelo pesquisador e equipe; 12) Termo de compromisso para início da pesquisa; 13) Termo de guarda de material biológico⁷; 14) Compromisso para uso de dados arquivados; 15) Segunda carta da coparticipante; 16) TCLE; 17) TALE⁸; 18) Dispensa de TCLE.

Além disso, o projeto de pesquisa precisava ter os seguintes itens: A) Descrição; B) Objetivos; C) Hipóteses (se houver); D) Referencial científico; E) Casuística; F) Metodologia; G) Resultados esperados; H) Análise de riscos e benefícios; I) Duração da pesquisa; J) Critérios para encerramento; K) Local da pesquisa; L) Infraestrutura disponível; M) Propriedade dos dados; N) Perfil dos participantes; O) Grupos vulneráveis; P) Fontes do material; Q) Estratégia de recrutamento; R) Critérios de inclusão; S) Critérios de exclusão; T) Medidas de proteção; U) Ressarcimento aos participantes; V) Orçamento; Z) Bibliografia. Os termos como *hipótese primária*, *número da amostragem*, *casuística* são específicos da área de ciências biológicas e das ciências da saúde, mas era preciso compreendê-los e inseri-los no projeto de acordo com o exigido. Deixo os elementos citados para que o leitor e a leitora também compreendam alguns dos apontamentos feitos por Marcela a respeito do uso do termo “sujeito” e do tipo de pesquisa e estrutura compreendidos como pesquisa dentro de um saber biomédico. Para a antropologia e as ciências sociais, talvez alguns desses termos, como “recrutamento”, “grupos de vulneráveis” ou “casuística”, causem estranhamento, e quero, com isso, ilustrar o tipo de tradução com que precisei me comprometer ao pesquisar dentro de uma instituição hospitalar. Na época fiz diversas ligações ao comitê até compreender o que eles desejavam com cada um dos termos. O exercício de tradução foi acontecendo durante a proposta da pesquisa e exigia, portanto, certa disponibilidade da secretária que oscilava entre responder as minhas perguntas ora com mais dedicação, ora com menos.

Entro agora em um aspecto importante e que mostra o quanto o meu vínculo com a universidade era necessário para que entrasse no campo de pesquisa. Se não tivesse vínculo com um programa de pós-graduação em uma universidade que tivesse relação com aquele hospital em específico, talvez não conseguisse submeter o projeto de acordo com as exigências solicitadas.

7 Este foi o único documento que não preenchi, porque não tinha conexão com o tipo de pesquisa que propus.

8 Termo de consentimento usado em pessoas menores de 18 anos.



Para submeter o projeto ao comitê de ética do hospital, precisei indicar a instituição proponente na Plataforma Brasil. Como discute Vianna (2014), tornei-me, nos formulários, uma “pessoa de papel”: representava uma instituição que propunha a pesquisa ao hospital. Na plataforma, minha identidade era de pesquisadora assistente, pois o setor de ciências da saúde da universidade havia consultado a Procuradoria Geral da União sobre isso.

Esta Procuradoria entende que as normas quanto a pesquisas envolvendo alunos da graduação também são aplicáveis aos alunos da Pós-Graduação (...). A dificuldade de conseguir recursos financeiros, quando há um Pós-Graduando e não um Professor **prestigiado** na posição de Pesquisador Principal, reforça a **incapacidade** de um Aluno na posição de Pesquisador Principal. (grifos meus)

Segundo este documento, minha orientadora enquanto pesquisadora principal tinha uma capacidade técnica legítima, recursos financeiros e prestígio pela posição de professora. Eu, aluna de pós-graduação, não. Além de existir uma discriminação socioeconômica, afinal uma pessoa com dificuldade de ter recursos financeiros não poderia ser o *pesquisador principal*, mas, ao mesmo tempo, poderia ser responsabilizada por qualquer evento adverso/desagradável.

Tive que substituir minha assinatura pela da minha orientadora em todos os documentos do projeto, fazendo com que meu nome praticamente sumisse exceto em um, onde apareço como pesquisadora assistente. Isso mostra como as posições institucionais influenciam a produção do conhecimento. Mesmo tendo elaborado todo o projeto, não posso usar o documento do comitê de ética para comprovar minha autoria na proposta.

Nas ciências da saúde, é comum que profissionais recém-formados sejam supervisionados, e acredito que essa lógica se perpetua também nos documentos. Afinal, o pronunciamento da Procuradoria Geral foi uma solicitação do Comitê de Ética. Houve duas traduções: dos termos do comitê à procuradoria, e desta aos pesquisadores que submeteriam seus projetos. Isso gerou um descompasso entre a experiência vivida no ambulatório e a lógica documental, tornando alguns agentes invisíveis e outros visíveis. Na prática, apenas eu estive no hospital, mas o nome que aparecia era de alguém ausente na pesquisa. Minha identidade, nesse contexto, tornou-se um artefato, como propõe Riles (2006).

Tendo em vista que a figura do orientador para as ciências da saúde é algo que acompanha toda a formação das pessoas nessa área, faço um paralelo, já que fui



muitas vezes inserida entre os residentes. Eles eram, a todo momento, acompanhados por seus supervisores nos casos que atendiam. Também houve um momento que uma enfermeira me perguntou se minha orientadora “deixava” que eu fosse ao hospital sem ela; em outro momento, Marcela me convidou para dar uma aula aos residentes e também chamou minha orientadora. Posteriormente, uma colega da antropologia que havia pesquisado no mesmo hospital disse que precisou da assinatura de um profissional de saúde do setor informando que o acompanharia durante todas as suas atividades no hospital. Na época, acreditamos que não houve exigência de acompanhamento porque eu, como psicóloga com registro profissional, podia circular pelo hospital sozinha. Essa e outras experiências revelam como, na área da saúde, a figura do orientador reforça a hierarquia institucional. O documento emitido pela procuradoria, a pedido do comitê de ética, criou uma aliança formal entre minha orientadora e os médicos do setor — ainda que nunca tivessem se encontrado. Seus nomes apareciam lado a lado, ilustrando vínculos que existiam apenas no papel, mas que eram essenciais para legitimar minha presença nos documentos.

A situação aqui descrita na Plataforma Brasil, as diferentes posições de pesquisador e professor são um exemplo claro de como as relações de poder se manifestam na produção do conhecimento científico. Essa dinâmica pode ser profundamente compreendida pelas lentes de Foucault, Marx e Weber.

Sob a ótica foucaultiana, o sistema de aprovação de pesquisas funciona como um dispositivo disciplinar que normaliza o saber biomédico, impondo formatos específicos e exigindo alta capacidade técnica. A exigência de que apenas professores, e não alunos, sejam pesquisadores principais revela uma hierarquia do conhecimento, na qual a autoridade científica é determinada pela legitimidade biomédica. Termos como “casuística” e “recrutamento” obrigam a autotradução da linguagem antropológica, evidenciando o controle discursivo da biomedicina. O apagamento do nome da autora nos documentos ilustra como a burocracia produz identidades formais (“pessoas de papel”) para operar segundo essa lógica disciplinar. Na perspectiva marxista, a justificativa da Procuradoria de que pós-graduandos não podem liderar pesquisas por falta de recursos e prestígio revela a dimensão de classe na produção científica. O acesso ao reconhecimento e à autoria está condicionado ao capital (financeiro e simbólico), reforçando desigualdades e hierarquias institucionais. Já sob a lente weberiana, o processo burocrático reflete a autoridade racional-legal, estruturada por normas formais e procedimentos impessoais. A multiplicidade de documentos exigidos e a rigidez da Plataforma Brasil expressam uma racionalidade instrumental que, embora busque padronização, tende a sufocar as particularidades



das ciências humanas. As “alianças de papel” criadas nos documentos tornam alguns nomes visíveis e outros invisíveis, moldando a realidade da pesquisa institucional com base na forma burocrática.

Essas reflexões, enraizadas nas teorias de poder, evidenciam que os percalços da entrada em campo não são meros obstáculos administrativos, mas manifestações profundas de relações de poder que modificam a pesquisa, a autoria e a validação do conhecimento em ambientes de saúde.

Após refletir sobre os e-mails, o comitê de ética, o hospital e o parecer da procuradoria, optei por analisar brevemente dois documentos. O foco está na produção documental feita pela antropóloga e nos efeitos da escrita dirigida ao comitê de ética, evidenciando disputas de saberes e hierarquias na produção de conhecimento. O primeiro é o parecer consubstanciado elaborado pelo comitê de ética que, uma vez aprovado, permite o envio do projeto ao segundo comitê, no caso, o do hospital onde realizei a pesquisa.

O primeiro parecer foi apresentado como *pendente* através da Plataforma Brasil (o segundo foi *aprovado*). Percebi que era uma forma de dizer que o trabalho necessitava de ajustes e o comitê os descreveu:

Rever como será feito o recrutamento dos participantes (...) está citado que “a pesquisadora se apresentará aos participantes identificando-se por nome, o propósito de sua pesquisa e no que consistirá sua atuação em campo. (...) Para o recrutamento os pesquisadores não devem ter contato pessoal sob risco de ferir os critérios de confidencialidade.

Depois dessa resposta, supus que não fui clara o suficiente sobre o que era uma pesquisa na antropologia. Diante da recomendação deles, a única via possível respeitando a recomendação era disponibilizar um aviso sobre a minha pesquisa em um quadro, por exemplo, e esperar que pessoas me procurassem, já que não podia ter *contato pessoal*. Do ponto de vista antropológico era paradoxal pensar em fazer vínculos com pessoas que me possibilitariam conhecer um contexto “sem contato pessoal”, e isso inviabilizaria por completo a pesquisa. Como poderia fazer uma etnografia (ou nos termos da Resolução nº 466/2012, uma pesquisa “envolvendo seres humanos”) sem um diálogo que me implicasse enquanto pesquisadora na relação? Lima (2010) menciona em seu trabalho uma outra pesquisadora que também teve a sensação de que o comitê de ética não havia compreendido sua proposta de estudo. Segundo a autora, os comitês de ética reforçam uma relação de poder acima dos pesquisadores e nos próximos parágrafos vou retomar essa discussão.



Como o *recrutamento do participante* também era relativo àqueles que eu observaria no ambulatório, decidi responder a pendência e me arriscar na explicação do projeto novamente. Ainda, solicitei a “dispensa” do termo de consentimento livre e esclarecido na observação participante somente. O comitê de ética havia solicitado que eu disponibilizasse aos participantes o termo de consentimento inclusive nessas observações. Escrevi que a equipe médica, que era a responsável pela a anuência do setor a minha pesquisa, realizaria algum tipo de aviso geral sobre o estudo proposto.

Ainda no reenvio do projeto pela Plataforma Brasil, illustrei o pedido com mais cinco casos de etnografias realizadas em instituições hospitalares e após essas alterações o meu trabalho foi aprovado pelos dois comitês de ética. Naquele momento, compreendendo a lógica hospitalar e a produção de conhecimento biomédico, percebi que era preciso demonstrar que outros trabalhos anteriores foram realizados dentro desse tipo de instituição utilizando a mesma metodologia. Era preciso apresentá-la como válida para os relatores do projeto que estranhavam o fazer antropológico.

Nesse momento, compreendo que as exigências do comitê de ética deixavam em disputa os saberes diferentes dos seus. Para explicar melhor essa noção, retomo a ideia de Gordon (1991) sobre o saber biomédico que Foucault (1978, citado por Gordon, 1991) escreve. Para ele, a medicina tem um olhar científico voltado ao indivíduo, e usa uma metáfora sobre o pastor e o rebanho sobre a arte de governar: o governante como pastor e cada ovelha, ou nesse caso indivíduo, como parte do rebanho. Gordon (1991) foca nas racionalidades de governo modernas, mas vejo que a observação participante entra em conflito similar com o comitê. Era um conflito, porque a observação segundo o primeiro parecer necessitava de um documento de consentimento de quem era observado e também, ao mesmo tempo, exigir que não tivesse contato pessoal em uma pesquisa que envolveria seres humanos. O conflito estava claro no sentido de exigir que uma forma de pesquisar das ciências da saúde fosse replicada de algum modo em uma pesquisa antropológica.

4. CONTROVÉRSIAS, DISJUNÇÕES ENTRE METODOLOGIA E PESQUISA

Como mencionado na introdução deste artigo, estar no limite entre a antropologia e a saúde, entre a minha formação anterior e a daquele momento, foi algo que me provocou diversas inquietações. A disputa de saberes me obrigava a construir um conjunto de autorrepresentações e autotraduções. Precisei reforçar



qual era a minha representação naquele espaço, me apropriar dela e traduzir a minha forma de pesquisar para quem seria responsável por autorizá-la. Com o distanciamento necessário, compreendo as divergências de pontos de partida e vejo o quanto as negociações anteriores à entrada no ambulatório me revelaram informações valiosas sobre a forma daquela instituição de operar. Era impossível me desvincular da formação na área de saúde e talvez, se fosse antropóloga desde a minha formação inicial, precisasse acionar outros meios de entrada naquele espaço.

Depois do questionamento sobre a observação participante que o comitê deixou registrado me perguntei se essa forma de pesquisar seria considerada como alheia à metodologia de pesquisa pelos representantes do comitê de ética. Para o comitê: “Para o recrutamento os pesquisadores não devem ter contato pessoal sob risco de ferir os critérios de confidencialidade”, frase retirada do parecer emitido. O recrutamento a que o comitê se refere é o relacionado a observação participante.

A observação participante não é só parte de uma ferramenta metodológica para a antropologia (Peirano, 2014). Percebo de antemão que a outra perspectiva que queria adicionar no contexto era por si só uma contraposição ao saber biomédico e, portanto, mostrava algo nessas entrelinhas da primeira pendência que recebi, a confidencialidade daquela forma imposta era mais relevante que a proposta de pesquisa. O incômodo inicial para o comitê de ética estava na forma como abordaria os pacientes no ambulatório, era preciso evitar o contato pessoal. Para a antropologia a observação participante exige certa localização da posição do pesquisador, do exercício do ponto de vista do outro (Geertz, 2016). O que implicava em um convívio cotidiano para compreender melhor um contexto ambulatorial. Por um lado, para o comitê, esse convívio poderia fazer parte de certa materialidade, se tornar um formulário que se desdobraria em entrevistas pontuais. Por outro lado, para a antropologia, evitar o contato pessoal impossibilitaria a construção de vínculos e laços que constituem as nossas portas de entrada em campo.

Bizerril (2004) realiza em seu trabalho uma instigante forma de traduzir essa importante relação na antropologia a partir da ideia de vínculo terapêutico, muito trabalhada na psicologia. Um exemplo muito claro de um outro espaço com disputas de saberes que exigiram do autor autorrepresentações e autotraduções, afinal, trata-se de um antropólogo que escreve um artigo para leitores psicólogos compreenderem melhor sobre a etnografia dentro de um espaço universitário. O autor usa um conceito utilizado neste outro saber e que privilegia a discussão da reciprocidade e ligações emocionais para então abordar um outro conceito em uma outra área do saber, no caso a antropologia. Segundo o autor:



De um lado, o etnógrafo precisa de treinamento, de um tipo de escuta, de capacidade de observação altamente específicos, de familiarização com as teorias atualizadas e relevantes à pesquisa e de conhecimento do método etnográfico; de outro, depende do estabelecimento de ligações emocionais e relações de reciprocidade que lhe dão acesso ao universo de concepções, práticas e experiências dos nativos. Assim, compreendo essa relação como mais do que a perspectiva utilitária de “aliciar” o nativo para que se torne “informante”, pois viabiliza o uso de entrevistas, a participação em eventos sociais, o estabelecimento de rede de contatos, a coleta de imagens fotográficas e filmes, o registro de informações restritas a quem pertence à comunidade e cuidadosamente escondidas de estranhos. (Bizerril, 2004, p. 158)

A contraposição surge em um determinado espaço: entre a relação individual e coletiva, entre saberes que na prática cotidiana privilegiam o contato. Essa forma de tradução nem sempre funciona para outras áreas do conhecimento, mas me parece uma estratégia muito instigante a que Bizerril tenta aproximar. Talvez outros contextos, tais como o de Lima (2010), sejam mais complexos, uma vez que o autor escreve que a sua pesquisa não foi aprovada por um comitê de ética, porque sua amostra era muito pequena. No seu caso uma entrevista a 10 pessoas foi considerada irrelevante. Não lidei com esse tipo de constatação nas devolutivas do meu projeto de pesquisa, mas casos como os de Lima ilustram que disputas de diferentes saberes e poderes (Gordon, 1991) acontecem dentro dos rituais de aprovação de projetos de pesquisa e fora deles também. Pela sorte de ter um parecerista que compreendeu a minha segunda submissão do projeto de pesquisa argumentando com os comentários anteriores, felizmente consegui a aprovação do projeto. No entanto, esse movimento entre proposta e início de campo durou cerca de 3 meses, o que me distanciou também dos interlocutores do hospital.

Outros espaços que não somente aqueles que derivam de interesses entre pesquisadores passam por esse tipo de disputa, fazendo com que novas formas de produção de conhecimento sejam construídas. Não é incomum que professores, por exemplo, de universidades que estejam dentro de cursos que são diferentes da sua área de formação inicial encontrem desafios para traduzir seu conhecimento e fazer com que ele seja validado como tal nestes espaços.

O processo de submissão de projetos a comitês de ética em pesquisa passa por um olhar das ciências da saúde que já implica, por si só, uma relação de poder: as pendências, as indicações do que é relevante ou não, e o recrutamento de participantes deve seguir uma lógica biomédica de fazer pesquisa. Nesse momento, a ovelha não



seguiu o rebanho, e por isso o pastor deu essa primeira negativa, transformada no documento como “pendência”. Há uma conduta a partir de outra conduta (Gordon, 1991) e principalmente porque o resultado pode ser a autorização ou não de uma pesquisa.

Quando um documento, como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, entra na relação entre o pesquisador e os seus interlocutores, nesse momento uma contratualização da relação é formada. Para nós, antropólogos, há uma interferência na pesquisa, e é possível que alguns encontros percam a espontaneidade, porque trazem algo que não faz parte da lógica daquele local. Para o comitê, a individualização da pesquisa enquanto uma forma de fazer etnográfico não causa tanto estranhamento, porque tem como foco a aplicação de um termo a cada participante, cada sujeito se transforma também em um indivíduo de papel. Para a antropologia a imposição de um documento a ser assinado, o afastamento do campo pela longa espera pela aprovação do projeto, implica em uma série de repercussões do vínculo etnográfico (Bizerril, 2004). Portanto, um antropólogo que decida por adentrar esses tipos de espaços precisa lidar com uma constante apropriação de termos da área da saúde e saber criar diálogos e negociações. Assim como todos os outros campos em que antropólogos resolvem investigar, na saúde não seria diferente, no entanto outras categorias e relações são impostas.

O termo de consentimento é um documento muito usado em pesquisas na área de saúde, ele materializa e garante para o comitê de ética o consentimento do participante. É um documento relativamente breve, em torno de duas páginas, para que as pessoas convidadas a participar de uma pesquisa compreendam os objetivos do estudo e possam de modo livre aceitar ou não a sua participação na pesquisa, e leva a assinatura do participante como prova do consentimento autorizado. Por isso o termo era tão presente nas exigências dos comitês para a aprovação da pesquisa. Usei-o somente nas entrevistas que queria gravar em áudio, aproveitando que já pediria a autorização para a gravação. Fiz isso apenas nas relações que tive com profissionais de saúde, e notei que depois alguns profissionais se distanciaram de mim, pois as conversas distraídas do dia a dia naquele local estariam contratualizadas pelo termo de consentimento. Outros antropólogos (Fleischer; Schuch, 2010) problematizam especificidades dos TCLEs e o fato de nem sempre serem propostos em uma linguagem adequada para a compreensão de pessoas leigas nas áreas da saúde que vão assinar o termo. Além disso, a partir do momento em que recebo a assinatura no documento é difícil que um participante retire a sua participação de um estudo, dando certa garantia por meio do papel sobre o seu consentimento



documentado. Ainda que nele tenha alguma afirmação sobre a possibilidade de retirar sua participação do estudo a qualquer momento.

A exigência do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) nos processos de pesquisa em saúde representa um ponto de tensão para a prática etnográfica, uma vez que sua formalização tem o potencial de impactar drasticamente o vínculo etnográfico e contratualizar a relação entre pesquisador e participante.

Essa tensão surge por diversas razões. Primeiramente, o TCLE transforma a interação em um contrato formal, o que, para a antropologia, pode levar à perda da espontaneidade nos encontros. A minha experiência revela que, após a apresentação do TCLE, as conversas distraídas do dia a dia naquele local estariam contratualizadas pelo termo de consentimento, resultando em um distanciamento de alguns profissionais de saúde .

Em segundo lugar, a etnografia baseia-se fundamentalmente na construção de vínculos e laços com os participantes, que são as portas de entrada em campo. Contudo, a orientação de comitês de ética, que proíbe contato pessoal sob risco de ferir os critérios de confidencialidade no recrutamento, é paradoxal e inviabilizaria por completo a pesquisa, impossibilitando a construção de vínculos e laços essenciais para a etnografia. Além disso, a longa espera pela aprovação do projeto também contribui para o distanciamento entre o pesquisador e seus interlocutores no ambiente hospitalar.

Um terceiro ponto é a substituição do consentimento contínuo pela formalidade documental. Para os antropólogos, o consentimento é um processo dinâmico e cotidiano, que não se esgota em um único documento assinado. No entanto, os comitês de ética que priorizam o TCLE conferem a ele uma relevância que, por vezes, pode parecer mais relevante que a proposta de pesquisa em si, focando na confidencialidade formal em detrimento da interação pessoal e contínua exigida pela etnografia.

A linguagem e a compreensão inadequadas dos TCLEs constituem outro desafio. Esses documentos nem sempre são propostos em uma linguagem adequada para a compreensão de pessoas leigas, o que compromete o aspecto esclarecido do termo e a autenticidade do consentimento do participante.

Essa formalidade também pode gerar uma percepção de avaliação e distanciamento. A apresentação do TCLE, conforme a experiência da autora, gerou distanciamento para algumas pessoas e fez com que se sentissem avaliadas em



seus trabalhos, especialmente ao propor o acompanhamento do dia a dia. Isso transforma a relação de pesquisa em um processo mais formal e menos cooperativo, diferentemente da imersão etnográfica.

Existe, ainda, uma clara hierarquia de saberes e uma individualização de papel. Os comitês de ética buscam padronizar a pesquisa de acordo com a lógica biomédica, o que se manifesta na exigência de um TCLE para cada participante, que são transformados em indivíduos de papel. Essa individualização da pesquisa, embora comum e esperada pelo comitê, repercute negativamente no vínculo etnográfico. Trata-se de uma disputa de saberes na qual a lógica biomédica, sendo a representação oficial do corpo humano no mundo ocidental contemporâneo, impõe seus termos e critérios para a validação do conhecimento.

Por fim, a necessidade de tradução de conceitos se faz presente. A pesquisadora foi obrigada a adaptar termos antropológicos como “sujeito” ou “ator” para “participante” para que seu projeto fosse aceito pelo comitê. Isso ilustra uma disputa de determinadas produções de conhecimento, na qual a linguagem e os conceitos da antropologia são estranhados ou até mesmo barrados, exigindo do pesquisador uma “autotradução” constante para navegar nesse campo dominado pela lógica biomédica.

Em síntese, a centralidade do TCLE nos processos de aprovação de pesquisa não é meramente uma formalidade administrativa, mas um ponto crucial onde as relações de poder e as hierarquias de saberes se manifestam. As pendências impostas pelos comitês de ética não são apenas ajustes, mas reflexos dessas disputas que moldam a forma como a pesquisa etnográfica pode ser concebida e conduzida em ambientes de saúde.

Agora sigo para algumas características do termo que elaborei, segundo um modelo disponibilizado no website do comitê de ética. Escrevi um documento de 3 páginas. Nele apresento as pesquisadoras do estudo, no caso eu e minha orientadora, o objetivo do estudo, no que consiste a participação da pesquisa – que no caso consistia em responder a uma *entrevista aberta* –, o local em que essa entrevista iria ocorrer, os riscos e os benefícios de participar da pesquisa, um endereço onde o participante poderia encontrar as pesquisadoras, o caráter voluntário da participação e a garantia de que poderiam desistir a qualquer momento, o sigilo das informações coletadas, em função do que a pessoa entrevistada se tornaria um *código*⁹ quando o trabalho fosse

9 O comitê de ética foi direto e categórico afirmando que eu não poderia identificar o hospital e as pessoas que entrei em contato ao longo da pesquisa, com o objetivo de preservar as identidades



publicado. Apresentar esse tipo de documento é instigante neste ponto do artigo, pois se trata de mais um exercício de tradução que foi frequentemente convocado ao longo da proposição do projeto de pesquisa. Ilustra ainda como a disputa de poderes se materializa nas relações pretéritas à entrada em campo.

Depois de rever todos os elementos é compreensível o afastamento dos profissionais de saúde após a apresentação do documento durante o trabalho de campo. Além de trazer outros elementos para a relação, as pessoas se tornam códigos, o que afeta a interação. Algumas pessoas liam o documento, outras passavam o olho rapidamente. Mas como foram profissionais de saúde que acessaram o documento, eles sabiam do que se tratava boa parte das vezes, porque eles o usavam em suas pesquisas. Então o mesmo documento podia provocar estranhamento e familiaridade.

Os elementos colocados no termo de consentimento têm como objetivo principal informar os participantes das condições de pesquisa. O termo de consentimento explicitava os termos que relatei acima. Ele gerou distanciamento para algumas pessoas que estavam também em seu contexto de trabalho, pois contribuía para que se sentissem avaliadas em seus trabalhos. Isso ocorria, porque eu perguntava se poderia acompanhar um dia de trabalho ou um horário do trabalho dessas pessoas, uma vez que a proposta da pesquisa era compreender mais sobre o cotidiano hospitalar. Às vezes, minhas interlocutoras me viam com o meu caderno de campo¹⁰ e me perguntavam se estava avaliando o trabalho delas, quase sempre, em tom de brincadeira. Mas sempre que isso ocorria, eu esclarecia que esse não era o meu objetivo e tentava não causar desconforto com a minha presença, ou minimizá-lo o máximo possível. Estrategicamente deixava minhas anotações visíveis, sem esconder o caderno, para deixar livre as observações e possíveis curiosidades com o que fosse anotar durante o campo.

Lima (2010) reflete sobre o lugar que os profissionais de saúde podem ocupar durante as observações feitas por antropólogos e sociólogos. Talvez os questionamentos dos comitês de ética expressem este desconforto em relação às pesquisas de sociólogos e antropólogos. Profissionais da área da saúde ocupam um lugar de poder quando avaliam a proposta do estudo, colocam formulários a serem preenchidos, documentos que se encaixam em pesquisas dessa mesma área e mesmo

implicadas nesse estudo.

10 Para mim, era estratégico escrever poucas coisas no caderno de campo, como pontos, tópicos que desenvolveria mais tarde escrevendo em detalhes. Fazia isso na frente de meus interlocutores, porque era uma forma também de deixar claro o que estava escrevendo sobre o que observava, evitando assim que mais desconfianças surgissem ao longo do trabalho de campo.



saber, no entanto, ao se depararem com a possibilidade de um estudo e com ele uma perspectiva que olhe para o cotidiano, noto que há o surgimento de uma tensão. Ainda mais pelo fato de a antropologia ser *outsider* em tal contexto.

Percebo ainda uma necessidade de, ao contrário do que fui estimulada por todo o processo de submissão do projeto, não colocar os saberes diferentes em disputa. Assim como Lima (2010) deixa claro seu desejo de que os conhecimentos possam dialogar entre si, Fleischer (2010) escreve também sobre a importância de reconhecer que o modo de operar dos comitês de ética e dos hospitais revelam as estruturas hierárquicas tão reconhecidas e já existentes no contexto. Sendo assim, o antropólogo que busca realizar uma pesquisa em locais semelhantes também será introduzido nessa lógica. Para mudar a lógica da disputa de saberes e poderes é preciso entrar nela, se comunicar a partir dela e estabelecer outras relações. Os documentos, exigências e desafios impostos informam uma notícia importante sobre etnografias em serviços de saúde: o ritual de aprovação de projetos de pesquisa em comitês de ética demonstra um processo árduo conquistado pelo pesquisador que posteriormente ganha certo mérito e pode transitar no ambiente hospitalar.

A esse respeito, o estudo de Teixeira e Castilho (2020) apresenta um panorama instigante sobre a história da antropologia e as etnografias das instituições. As autoras chamam a atenção para a discussão sobre como a instituição hospitalar opera a partir de documentos específicos.

Segundo Teixeira e Castilho (2020), instituições como hospitais têm uma prática local que é distinta das vivências fora desses lugares. Sendo assim, é preciso observar a forma social como essas instituições funcionam, e os documentos são maneiras de acessar uma configuração específica das relações no papel, mas a questão não se esgota nisso. Como mencionado, o próprio papel em que eu inseria os documentos era repleto de logos que faziam referências à universidade, ao hospital, ao Ministério da Educação e isso reforça a ideia de que essa instituição tem uma organização própria e vínculos estabelecidos entre tantas outras.

Por isso eu trouxe, de forma complementar, as relações que passaram pelos documentos que escrevi, mas associo também as vivências que tive dentro do hospital a outros estudos como o de Lima (2010), Fleischer (2010), Menezes (2004) e outras referências para perceber aspectos em comum e outros diferentes do fazer etnográfico em um hospital. Para Teixeira e Castilho (2020) é preciso “ver os indivíduos nas instituições” (p. 38), por isso percebo a importância de mostrar também como os documentos constroem realidades (Riles, 2006), mas também



por meio da etnografia que realizei consigo perceber que pessoas de papel (Vianna, 2014) existiam na elaboração dos documentos. E que todos eles, muito embora para boa parte houvesse modelos como base, foram escritos por uma antropóloga em formação e lidos por profissionais da área da saúde. As disputas entre diferentes formas de produção de conhecimento foram constantemente provocadas: seja pelas palavras que utilizei no projeto, como a conveniência de usar ou não o termo “sujeito”, seja pela maneira mais ou menos pessoal com que poderia interagir com os pacientes atendidos no ambulatório pesquisado. Sendo assim, a elaboração de documentos, os meus movimentos e as relações que estabeleci foram atravessadas a todo momento pelo meu conhecimento situado e pelo lugar à margem que a antropologia ocupou dentro desta instituição em específico.

Os médicos do ambulatório também leram meu projeto, que foi todo colocado nos moldes que o comitê de ética solicita e neles continham: objetivo da pesquisa (geral e específico), relevância social, hipóteses, antecedentes científicos, casuística¹¹ material e metodologia, dentre outros vinte tópicos. Eu precisava escrever na linguagem biomédica para que fosse compreendida e ainda assim encontrei algumas tensões, como mostrei. No fim da pesquisa não levei um retorno dela ao ambulatório, entretanto convidei a equipe para a defesa da dissertação. No entanto, ao longo do trabalho de campo me disponibilizei a trazer as percepções da pesquisa. Levei um ano para terminar de escrever o trabalho e, como não tinha contato direto com os pacientes¹² o retorno também inviabilizou a possibilidade de trazer um resultado final do trabalho àqueles que possibilitaram a pesquisa em si. No fim, tive de enviar um relatório final da pesquisa à Plataforma Brasil. Foi um texto bem breve, apenas sinalizando se houve algum problema com a pesquisa e se ela foi encerrada ou precisava de mais tempo para permanecer em campo.

11 “casuística é definida como o conjunto de casos progressos e/ou prevalentes para um local, região ou contexto maior, a partir dos quais são elaboradas analogias e comparações com novos casos e assuntos temáticos correlacionados, passíveis de investigação” (Comitê de Ética e Pesquisa/UFPR, não paginado)

12 Ao longo da pesquisa escutei de uma das técnicas de enfermagem que havia um pesquisador dentro do hospital que solicitava o contato pessoal dos pacientes e isso não foi bem visto pela equipe. No sentido de possivelmente assoberbar os pacientes com outros contatos fora do contexto hospitalar e como era muito observada também pela equipe de profissionais, preferi não arriscar e trocar números ou mensagens com os pacientes do ambulatório.

5. CONCLUSÃO

Busquei, neste artigo, refletir sobre o fazer etnográfico dentro de um hospital e quais disjunções e tensões são provocadas a partir da proposta de um olhar antropológico sobre um contexto hospitalar. No meu caso, refleti sobre a experiência de adoecimento que foi o resultado da dissertação. Neste artigo, busquei elucidar alguns aspectos instigantes que foram anteriores à entrada no campo desejado e que de antemão trouxeram informações importantes sobre a forma de se relacionar naquele espaço. Disputa de saberes foram um dos desafios que encontrei ao tentar realizar uma pesquisa dentro de um hospital. Esse campo, no entanto, apresentou diversos formatos e materializou os tensionamentos entre a produção científica não biomédica e a biomédica.

Os documentos que marcaram os meus primeiros contatos e vínculos com as pessoas do campo de pesquisa têm muito a dizer e informar sobre o local, sobre as lógicas hierárquicas (Nader, 2020) de poder em relação ao saber científico biomédico (Gordon, 1991) e momentos de diálogo que explorei. Isso tudo foi possível através da minha renegociação de identidades. Uma psicóloga, quase *insider* (Collins, 2016) para os profissionais de saúde, e antropóloga *outsider* do contexto hospitalar. Essa última tinha uma abertura maior para a relação com os pacientes, diminuindo a minha posição hierárquica que supostamente poderia operar se estivesse com a imagem de psicóloga mais forte nessa relação.

Foi instigante retomar as anotações da pesquisa de 2016, não somente porque já me sinto uma pessoa diferente, compreendo a agonia enquanto jovem pesquisadora, mas porque percebo que as negociações iam para muito além das barreiras que encontraria para estudar o que desejava. Hoje vejo a produção dos documentos a partir de uma perspectiva mais curiosa sobre o que eles podiam me apresentar sobre o campo, sobre o fato de eles fazerem parte do próprio campo de pesquisa. Os artefatos (Riles, 2006) apareceram de modo claro e fizeram sentido quando mostraram um apagamento de identidades, construção de realidades e de pessoas de papel (Vianna, 2014). Os documentos provocaram emoções em mim, e por isso também são relevantes e merecem um espaço nos trabalhos escritos por antropólogos. Foi o que observei em outros estudos de antropólogos em contextos hospitalares como Lima (2010) e Menezes (2004).

Ainda, mudar o ângulo, sair da perspectiva dos pacientes e ver os “de cima” (Nader, 2020) também é essencial. Reconheço que o lugar em que a antropologia se acomoda melhor não é comumente esse, mas percebo e concordo com a afirmação



de Nader (2020) de que essa perspectiva de cima também é útil e bastante rentável para a antropologia. Um olhar focado em uma forma de viver pode obstruir outros ângulos e restringir uma perspectiva em que os de baixo também estão inseridos.

Busquei dessa forma ampliar um olhar que já me chamava a atenção e para o qual os autores que tive como referência teórica também contribuíram no esforço metodológico. Penso em articular de modo contínuo essa reflexão, principalmente sobre etnografia dos documentos e instituições ao longo de outras pesquisas que podem surgir, independentemente de ser em hospitais.

No entanto, o questionamento que fica mais marcado é sobre as negociações que nós antropólogas da saúde aprendemos diante de tantas formas de se relacionar a partir de um saber biomédico. Confesso ser bastante desafiador escrever sobre essa experiência, porque na época fui tomada por emoções como raiva, indignação e angústia. Foi preciso dar espaço para que esses incômodos enquanto pesquisadora fossem extravasados, para que em um outro momento pudesse escrever de modo mais elaborado e menos reativo sobre essa experiência. Hoje percebo o quanto precisei me convidar em contextos os quais a antropologia não é convidada a pesquisar, a importância de ter um papel ambíguo, que me permitiu entrar em diversos espaços e que deu confiança para que meus interlocutores pudessem se acostumar com a minha presença naquele espaço. Ao mesmo tempo, era necessário articular tudo isso sem causar inconvenientes desnecessários ou prejudicar a rotina do local, o que não era minha intenção. No entanto, eu sabia que observar a experiência dos pacientes sob uma perspectiva antropológica poderia trazer contribuições valiosas para um espaço onde a perspectiva médica é amplamente predominante, senão a única apresentada. Introduzir uma outra área do conhecimento nesse contexto, quando bem apresentada, pode oxigenar ideias, noções e entendimentos sobre o adoecimento, por exemplo. Não por acaso, tive a oportunidade de explorar esse aspecto em aulas e reuniões para as quais fui convidada e senti que poderia compartilhar algumas concepções antropológicas sobre a experiência dos pacientes naquele espaço. É nítida a importância de reflexões sobre a ética em pesquisa promovida pelo ritual de aprovação de um projeto pelo comitê responsável, mas noto também a relevância em debater sobre as disputas de diferentes saberes. É possível fazer pesquisa “envolvendo seres humanos” sem ser pesquisador da área da saúde, e é necessário, sobretudo se desejamos, enquanto cientistas sociais, mais diálogos entre diferentes áreas, que mais de nós entrem nesses espaços, ainda que com todos os percalços apresentados.



6. REFERÊNCIAS

BIZERRIL, José. O vínculo etnográfico: intersubjetividade e coautoria na pesquisa qualitativa. **Universitas: Ciências da Saúde**, v. 2, n. 2, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.5102/ucs.v2i2.530>. Acesso em: 10 jan. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Manual operacional para comitês de ética em pesquisa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Plataforma Brasil**. Disponível em: < <https://plataformabrasil.saude.gov.br> > . Acessado em: 01 Abril. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, 12 de dezembro de 2012**. Estabelece diretrizes para pesquisas científicas envolvendo seres humanos.

BRASIL. Plenário do Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510, 07 de abril de 2016**. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais.

CAMARGO JR., Kenneth Rochel de. A Biomedicina. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, Suplemento, p. 177-201, 2005

COLLINS, Patricia Hill. Aprendendo com a outsider within: a significação sociológica do pensamento feminista negro. **Revista Sociedade e Estado**. Volume 31, número 1. Janeiro/Abril 2016. p. 99-127.

COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA. **Definição de casuística**. Universidade Federal do Paraná. Disponível em: http://www.cometica.ufpr.br/definicao_casuistica.htm. Acessado em: 01 Abril. 2021.

GORDON, Colin. Governmental rationality: an introduction. In: BURCHELL, GRAHAM et al (ed.). **The Foucault Effect**. Studies in governmentality. Chicago: The Univ. of Chicago Press. 1991. p. 1-52.

FLEISCHER, Soraya. “Para quem os Antropólogos falam? ”. In: FLEISCHER, Soraya; SCHUCH, Patrice. **Ética e regulamentação na pesquisa antropológica**. Brasília: LetrasLivres: Editora Universidade de Brasília, 2010, p. 171-180.

FLEISCHER, Soraya; SCHUCH, Patrice. **Ética e regulamentação na pesquisa antropológica**. Brasília: LetrasLivres: Editora Universidade de Brasília, 2010.

FLEISCHER, Soraya. [Uma antropóloga em um comitê de ética em pesquisa social: um](#)



relato pessoal. Amazônica: **Revista de Antropologia**, v. 10, p. 468-490, 2018.

GEERTZ, Clifford. **O saber local: novos ensaios em antropologia interpretativa**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2016.

JACOB, Ana Paula Pimentel Jacob. **Etnografia de um cotidiano hospitalar: uma perspectiva antropológica**. 162 p. Dissertação (Mestrado em Antropologia) - Setor de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2017.

LIMA, Raquel. **Até onde funciona? Uma breve reflexão sobre a atuação dos comitês de ética em pesquisa no estudo antropológico em saúde**. In: FLEISCHER, Soraya; SCHUCH, Patrice. **Ética e regulamentação na pesquisa antropológica**. Brasília: LetrasLivres: Editora Universidade de Brasília, 2010, p. 159-170.

LIPSKY, M. "Part III: Patterns of practice". In LIPSKY, M. **Street-Level Bureaucracy: Dilemmas of the Individual in Public Services**. Russell Sage Foundation, 1980. p. 81-156

MENEZES, Rachel Aisengart. **Em busca da boa morte: antropologia dos cuidados paliativos**. Rio de Janeiro: Garamond; FioCruz, 2004.

NADER, Laura. Para cima, Antropólogos: perspectivas ganhas em estudar os de cima. **Revista Antropolítica**, 2º quadro, número 49, Niterói, p.328-356, 2020.

NAKAMURA, Eunice. **O Método Etnográfico em Pesquisas na Área da Saúde: uma reflexão antropológica**. **Saúde e Sociedade**, v. 20, n. 1, p. 95-103, 2011.

PARANÁ. Gabinete dos Procuradores PF. NOTA n. 00001/2016/GAB/ PROCIPFUFPR/ PGF/AGU. Procurador Federal: HZETE ROSY KOERNER PINHEIRO. Curitiba, 05 de Janeiro de 2015. **Consulta sobre Pesquisador Responsável**.

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

PORTO, Dora. Relato de uma experiência concreta com a perspectiva das ciências da saúde: construindo o anthropological blues. In: FLEISCHER, Soraya; SCHUCH, Patrice. **Ética e regulamentação na pesquisa antropológica**. Brasília: LetrasLivres: Editora Universidade de Brasília, 2010, p. 101-126.

RILES, Annelise. **Documents**. Na Arbor: University of Michigan. 2006.

SARTI, Cynthia. Corpo e doença no trânsito de saberes. **Revista Brasileira de Ciências**



Sociais, v. 25, n. 74, p. 78-89, jan./ago. 2010.

SCHUCH, P.; VICTORA, C.. Pesquisas envolvendo seres humanos: reflexões a partir da Antropologia Social. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 25, n. 3, p. 779-796, jul. 2015.

SILVA, Kelly Cristiane da. O poder do campo e o seu campo de poder. **Série Antropologia**, número 385. Brasília, p. 2-16, 2005.

TRAD, Leny Alves Bomfim. Trabalho de campo, narrativa e produção de conhecimento na pesquisa etnográfica contemporânea: subsídios ao campo da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 3, p. 627-633, 2012.

TEIXEIRA, Carla; CASTILHO, Sérgio. Etnografia em organizações e instituições: sobre o que estamos falando? In: Teixeira, Carla; Sérgio Castilho. **Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada: etnografia de uma instituição**. Brasília: IPEA (prelo). 2020.

VIANNA, Adriana. 2014. Etnografando documentos: uma antropóloga em meio a processos judiciais. In: Castilho, S., Souza Lima, A., Teixeira, C. (ed.). **Antropologia das Práticas do Poder: reflexões etnográficas entre burocratas, elites e corporações**. Rio de Janeiro: ContraCapa; FAPERJ, p. 43-70.

