



**EMOÇÕES NO CAMPO DE PESQUISA: REFLEXÕES METODOLÓGICAS SOBRE  
ETNOGRAFIA EM INSTITUIÇÃO PARA TRATAMENTO ONCOLÓGICO**

***Emotions in research field: methodological reflections about ethnography in  
an institution for cancer treatment***

Rosilene Souza Gomes  
Doutora em Saúde Coletiva (IMS/UERJ)  
Psicóloga do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), Brasil.  
Email: [rosilenegomespsi@gmail.com](mailto:rosilenegomespsi@gmail.com)

**Áltera**, João Pessoa, v.3, n.11, p. 228-250, jul./dez. 2020

ISSN 2447-9837

**RESUMO:**

O artigo discute questões metodológicas de etnografia realizada em instituição de referência para o tratamento em ginecologia oncológica. A análise aborda dois aspectos: a dupla identidade de pesquisadora e profissional e a escolha do *locus* da pesquisa. A etnografia foi realizada nos primeiros atendimentos prestados às usuárias, e o objetivo era verificar como se performa o ideal de “autonomia da paciente”. As mulheres foram acompanhadas nas consultas e a pesquisadora compartilhou de suas dores e constrangimentos. Essa experiência provocou fortes emoções, inesperadas e desagradáveis, mas que instigaram a produção do conhecimento. A observação foi fundamental para a compreensão das tensões e potências que integram os cuidados, e de que maneira essas compõem as formas como é performado o ideal de autonomia do paciente na instituição – além de evidenciar os seus limites. O *locus* da pesquisa mostrou-se fundamental para a produção do conhecimento.

**PALAVRAS-CHAVE:**

Câncer de colo de útero. Antropologia da saúde. Etnografia. Emoções.

**ABSTRACT:**

This article discusses methodological issues about an ethnography performed in an institution for treatment in oncological gynecology. The analysis addresses two aspects: the dual identity of researcher and professional, and the choice of the ethnography locus. The ethnography was performed in the first care provided to the patients and the goal was to verify the ideal of “patient autonomy”. The women were accompanied at the consultations and the researcher shared their pains and embarrassments. This experience provoked strong emotions, unexpected and unpleasant, and instigated the production of knowledge. The observation was fundamental to understand the tensions that integrate the care provided, and how these make up the ways in which the ideal of patient autonomy is performed in the institution, highlighting its limits. The locus of the research proved to be fundamental for the production of knowledge.

**KEYWORDS:**

Cervical cancer. Medical anthropology. Ethnography. Emotions.



## INTRODUÇÃO

Este artigo aborda aspectos metodológicos relativos à etnografia realizada em uma instituição especializada em oncologia ginecológica, localizada no estado do Rio de Janeiro, no período de dezembro de 2015 a julho de 2016 (GOMES, R. S., 2017). O objetivo da pesquisa era analisar a categoria “autonomia do paciente” no âmbito dos atendimentos iniciais prestados pela instituição.

Início com um extrato do diário de campo, que permite evidenciar as intensidades presentes no campo:

[...] Fátima<sup>1</sup> tem dificuldades de deitar-se na mesa ginecológica e é auxiliada pela técnica de enfermagem. O primeiro exame é feito pelo residente, que informa previamente que a paciente sentirá sua mão, será colocado o espécuro e pode doer. Fátima murmura que sente vergonha. [...]. Sinto-me extremamente desconfortável com o excesso de exposição [participam da consulta 5 médicos, residentes e *staff*]. Impossível não me sentir constrangida com a cena e não ser afetada por seus gemidos de dor e pela fala repetida de que sente vergonha. Depois do residente, os outros médicos examinam e fazem comentários. A paciente chora, geme, e diz que não queria estar ali [...]. Um médico residente segura sua mão e tenta confortá-la, dizendo que o exame é necessário para estabelecer o tratamento adequado, e que é para seu bem. [...] O exame prossegue até que a paciente se desespera, queixa-se de dor e diz que quer ir embora. Quase todos falam, ao mesmo tempo, que o exame já estava no final e não poderiam definir tratamento sem ele. A paciente diz que vai vomitar. A *staff*, então, interrompe o exame [...]. Fátima chora, faz ânsia de vômito, mas não vomita. Repete que está com muita vergonha e implora para ir embora. [...] pedem para chamar o acompanhante, marido da paciente. [...]. Sugerem que aguardem no corredor até ela se acalmar, mas Fátima diz que vai embora. [...]. A *staff* inicialmente insiste [...], mas a certa altura percebe que não seria possível e pede que remarquem para a semana seguinte. Fátima sai ainda muito ansiosa, diz que não voltará mais [...], mas aceita minha abordagem. Argumento que a doença precisa de tratamento e a tendência é piorar se não tratar. Ela responde que está sofrendo até aquele momento e prefere morrer a passar por aquilo de novo [...]. Digo que pode vir à emergência quando precisar, pois reclama que sente dores e os médicos não prescreveram sequer um analgésico. [...].

Após essa experiência julguei que não conseguiria prosseguir naquele dia. Subi para a minha sala de trabalho e fiz anotações no diário de campo [...]. Aquela cena de exposição e dor me afetou de forma intensa [...]. Questiono-me sobre a forma como abordei a paciente, tentando convencê-la a voltar. Penso que talvez não tenha agido nessa hora como pesquisadora, mas como membro da equipe de cuidado. [...]. Lembrei-me da discussão de Annemarie Mol sobre as lógicas do cuidado e da escolha. [...].

A escrita no diário de campo funcionou para apaziguar minha tensão e re-

<sup>1</sup> Todos os nomes citados são fictícios, com o objetivo de proteger a privacidade das pacientes. Ainda com o mesmo objetivo, optei por não nomear os profissionais da instituição. Estes são identificados segundo categoria profissional, sendo discriminados, ainda, residentes e *staff*.



tornei à mesa redonda, para tentar abordar outra participante. A *staff* me perguntou se atendi Fátima e eu disse que a encaminhei para a psicóloga de referência. Nesse momento me dei conta de que talvez a equipe esperasse alguma intervenção minha no episódio [...]. (Diário de campo, relativo à mesa redonda da ginecologia, procedimento que detalharei adiante, 2016).

Esse excerto põe em cena uma série de questões relativas a gênero, desigualdades estruturais e poder, além dos efeitos das práticas e das lógicas da escolha e cuidado, presentes nos processos de trabalho da instituição onde a etnografia foi realizada. Fui impactada pelo que, em primeiro plano, percebi como violência, pela insensibilidade da equipe às queixas de Fátima e escassez de cuidado e acolhimento. Contudo, se atentarmos para detalhes, há também o auxílio da técnica de enfermagem para acomodar a paciente na maca, as informações precisas sobre as etapas do exame, o afago do residente em sua mão, o interesse da equipe em chegar ao diagnóstico e tratamento adequado, a oferta de retornar em outro momento. Estar em campo permitiu acessar nuances, complexidades e diferentes versões daquilo que se produzia na relação de oferecer/receber tratamento e cuidado.

O relato condensa, ainda, aspectos metodológicos, éticos e epistemológicos da pesquisa, que pretendo desenvolver neste artigo, como meu duplo lugar de pesquisadora e profissional e a escolha por realizar a observação nos consultórios.

Na investigação em tela, estava emocionalmente impactada pelas dores e mortes de mulheres por câncer de colo de útero, testemunhadas diuturnamente na instituição onde trabalhava como psicóloga, havia cerca de cinco anos. O câncer de colo do útero pode ser prevenido e curado por meio de tecnologias relativamente simples, quando identificado em suas lesões precursoras ou nos estágios iniciais. Contudo, caso isso não ocorra, a expectativa de sobrevida é reduzida, e a doença avançada é tratada por meio de intervenções agressivas e dolorosas, que frequentemente provocam severos efeitos adversos, imediatos e a longo prazo. Por ser prevenível e curável, esse tipo de câncer quase inexistente nas regiões economicamente favorecidas e pode ser caracterizado como doença do “Sul”, no sentido atribuído por Boaventura de Sousa Santos (2008), que enfatiza não apenas os aspectos geográficos, mas principalmente políticos e econômicos, que retratam as iniquidades sociais.



A tecnologia biomédica para a prevenção e o tratamento do câncer de colo de útero pressupõe as ideias de risco, autovigilância, autonomia em saúde e adesão aos programas de rastreamento. Em minha prática profissional, eu observava, contudo, que as mulheres tinham poucas informações e, conseqüentemente, limitada agência sobre a doença e os processos de tratamento, que mudariam suas vidas sob aspectos orgânicos, afetivos e sociais. Ao lado das críticas às políticas públicas em saúde e às iniquidades sociais, o tema da autonomia do paciente ganhou, então, relevância profissional e interesse acadêmico. Busquei, na literatura sociológica e antropológica, como essa categoria foi historicamente construída e quais efeitos vem produzindo.

O foco na ideia de autonomia decorria, ainda, da observação dos processos de trabalho estabelecidos pela instituição, que salientavam os aspectos de informação e anuência das pacientes, incluindo instrumentos como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para os procedimentos invasivos. O arcabouço que obrigava tais práticas tinha duas fontes, diversas, mas complementares. A primeira eram os critérios de qualidade e segurança do paciente, constantes da Acreditação Hospitalar<sup>2</sup>; e a segunda era a inclusão dos princípios e valores da Política Nacional de Humanização, adotada pela instituição. Essas referências, ainda que por diferentes pressupostos, postulam a importância da informação e da participação de pacientes e familiares para a realização dos tratamentos. O que eu testemunhava, contudo, era muito desconhecimento, incompreensão e reduzida agência das pacientes diante das intervenções, bem como na relação com a equipe de saúde. Por outro lado, reconhecia a delicadeza, as tensões e dificuldades, para os profissionais, nas comunicações de notícias difíceis relativas à gravidade dos casos, severidade dos tratamentos, efeitos adversos e, em muitos casos, impossibilidade de cura.

A pesquisa foi realizada no contexto do meu doutoramento em Saúde Coletiva e buscou investigar a categoria “autonomia da paciente” no tratamento do câncer de colo de útero. O objetivo era analisar como esse ideal se materializa (ou não), em situações cotidianas e singulares, nas quais a tomada de decisões é efetivamente

<sup>2</sup> O Projeto de Acreditação Hospitalar afirma o objetivo da melhoria na qualidade dos serviços oferecidos, buscando um ambiente seguro e agradável, tanto para pacientes e familiares quanto para os profissionais, segundo as normas estabelecidas pelo Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA) – órgão ligado à *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCI)*. Para obter certificação, o hospital deve demonstrar conformidade com um manual de padrões estabelecido pela JCI.



exercida por profissionais e pacientes. A investigação buscou, ainda, apreender os significados construídos pelas pacientes sobre a experiência com a doença e com as intervenções biomédicas, enfatizando o aspecto da participação nas decisões. A percepção da equipe de ginecologia do hospital sobre as possibilidades e os limites de escolha, agência e autonomia das pacientes também mereceram atenção, assim como os documentos e processos de trabalho que visavam à informação e ao estabelecimento de formas de participação das pacientes nas decisões relativas ao tratamento.

A escolha individual é um ideal valorizado nas práticas clínicas contemporâneas e está presente nas discussões bioéticas. Contudo, a garantia de escolha não resulta necessariamente em “bom cuidado”. Esse é o argumento da médica e filósofa holandesa Annemarie Mol (2008)<sup>3</sup>. A autora sustenta que, no campo da saúde, operam duas “lógicas” que configuram mundos totalmente diferentes: a “lógica da escolha” e a “lógica do cuidado”. O uso do termo “lógica” não coincide com o conceito racionalista de dedução de conclusões a partir de premissas. Mol refere-se aos discursos e aos modos de ordenamento das práticas, tomando como referência a proposição foucaultiana, para a qual as palavras, as materialidades e as práticas são indissociáveis e situadas histórica e culturalmente. A autora procura a racionalidade das práticas que estuda, destacando que ela está implícita em instâncias distintas, como discursos, edificações, hábitos e máquinas. Assim, se a lógica está incorporada nas práticas, estas deveriam ser o foco das pesquisas em saúde.

A pesquisadora realizou estudos etnográficos em instituições de cuidado para agravos crônicos como aterosclerose e diabetes (MOL; LAW, 2004; MOL, 2002, 2008). Seus objetos de estudo não eram os pacientes ou profissionais, mas as práticas de saúde e a forma como a realidade é performada (*enacted*) por esses atores. Cada realidade performada produz uma miríade de articulações, práticas e diferentes

---

<sup>3</sup> Mol filia-se à linha argumentativa do campo dos estudos da Ciência, Tecnologia e Sociedade (CTS), que concebe esses três domínios como entrelaçados por associações heterogêneas que articulam humanos e não humanos (Teorias Ator-Rede). A autora defende que a realidade é efeito das práticas, ou seja, é “performativa”. Dessa forma, propõe que as ciências sociais devam investigar as práticas cotidianas, promovendo uma “guinada para a prática”. Segundo sua proposição, a realidade é múltipla e heterogênea, e articula permanentemente atores humanos e não humanos. Consequentemente, conhecer não é representar o real, mas engajar-se, manejar e interferir nas práticas (MORAES; ARENDT, 2013).



versões dos objetos. Esses objetos diferentes são relacionados entre si e produzem realidades múltiplas (MOL, 2007).

Instigada pelo referencial teórico de Mol, considerei que o local privilegiado para a pesquisa seria onde as decisões são tomadas por profissionais e pacientes, ou seja, os consultórios. Pretendia observar, *in loco*, como eram performadas tais decisões. Foram realizadas, também, entrevistas com os participantes da pesquisa. Essas ocorreram de modo informal, nos períodos em que conversava com as participantes sobre a pesquisa, quando as acompanhava na sala de espera entre um e outro atendimento, e, de forma mais estruturada, nas entrevistas em profundidade realizadas com pacientes, acompanhantes e profissionais. Os sentidos e representações sobre o que se passa nas consultas e o que está em cena nos processos de tomada de decisões puderam, então, ser confrontados com aquilo que observava nos atendimentos.

## A PESQUISA EM CAMPO

A etnografia ocorreu em duas modalidades de assistência prestadas pela clínica de ginecologia oncológica da instituição: a “recepção integrada” (RI) e a “mesa redonda da ginecologia” (MR), por serem os locais onde as decisões sobre o tratamento são estabelecidas. Considerei que a observação permitiria apreender como o ideal de autonomia se materializa (ou não) nas práticas cotidianas de tomada de decisões para o tratamento.

A “recepção integrada” é constituída por uma sequência de consultas realizadas no dia em que a paciente comparece pela primeira vez ao serviço, encaminhada por meio do Sistema Estadual de Regulação (SER)<sup>4</sup>. A primeira consulta é com a ginecologia, que confirma o diagnóstico, estabelece o estadiamento<sup>5</sup>, o tratamento indicado, e autoriza a abertura de matrícula na instituição. Em seguida, a paciente faz uma entrevista com profissional do Banco Nacional de Tumores, onde é solicita-

<sup>4</sup> SER é o sistema estadual de regulação de vagas para as unidades públicas de saúde do estado do Rio de Janeiro.

<sup>5</sup> Estadiamento é a categorização da gravidade da doença segundo critérios definidos em padrões internacionais. O sistema conjuga o tamanho do tumor e grau de disseminação no interior da pelve ou em órgãos distantes.



da doação de amostra de sangue para compor o referido banco. Na sequência, há consulta com a enfermeira, que orienta sobre o fluxo de atendimentos, e com a assistente social, que fornece orientações sobre os direitos sociais a que a paciente faz jus. Nesse dia são agendados os exames e consultas específicos para o tratamento designado, tendo características diferenciadas, caso tenha sido indicada cirurgia ou quimiorradioterapia<sup>6</sup>. Embora as pacientes cheguem à instituição já com o diagnóstico da doença estabelecido, este é reavaliado para prescrição do tratamento. Muitas vezes a indicação terapêutica contraria suas expectativas, e, por isso, esse costuma ser um momento repleto de emoções e tensões.

Outra etapa crucial para aquelas direcionadas à cirurgia é a “mesa redonda da ginecologia”, em que a paciente é examinada por uma equipe médica, o estadiamento é conferido por meio do exame clínico, e são revisados os diversos exames laboratoriais e de imagem, realizados no fluxo pré-cirúrgico. Nesse dispositivo, a paciente é mais uma vez informada e instada a autorizar o procedimento cirúrgico deliberado, o que inclui assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

O hospital onde foi realizada a pesquisa compõe a rede de complexidade terciária e é local onde são realizadas pesquisas e formação de recursos humanos para o trabalho em oncologia no sistema de saúde. Dessa forma, havia a invariável presença de residentes médicos nos processos de atendimento. Como ocorre com frequência na formação médica, os residentes participam dos exames e são instruídos pelo preceptor durante sua realização. Os exames clínicos incluem palpações, observação do colo do útero com a utilização do espéculo e toques vaginal e retal. O residente era o primeiro a realizar o exame, posteriormente conferido pelo *staff*. No caso da RI, em geral, havia um residente e um *staff* em cada consulta. Já a MR era composta por um ou dois médicos residentes e três *staff*. Nas consultas, os residentes eram sabatinados pelos preceptores, no intuito de checarem seus conhecimentos. As sabatinas ocorriam, algumas vezes, na presença da paciente, no momento do exame, e, outras vezes, no período em que ela se retirava para troca de roupa.

---

<sup>6</sup> Esses são os tratamentos padronizados para o câncer de colo do útero. A cirurgia é realizada nos estadiamentos iniciais, enquanto a combinação de quimioterapia e radioterapia é indicada para doença avançada.

Após aprovação do projeto no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)<sup>7</sup>, apresentei a proposta de investigação em reuniões com as equipes envolvidas nos atendimentos da RI e MR, e solicitei assinatura de TCLE. No caso dos médicos, a solicitação era feita a cada consulta, apenas após obter concordância das pacientes.

As pacientes foram convidadas a participar da pesquisa, mediante TCLE, quando aguardavam atendimento, na sala de espera. O uso do termo de consentimento é uma das exigências para realização de pesquisa envolvendo seres humanos, de acordo com a Resolução nº 466/12, vigente na ocasião em que o estudo foi realizado. Estava atenta, contudo, para os limites do instrumento como manifestação da autonomia, que era o foco do presente estudo. Na abordagem, apresentei às participantes os objetivos e características da pesquisa e esclareci suas dúvidas. Nesse contato inicial, conversava com as mulheres sobre seu itinerário terapêutico e a experiência de adoecimento. Para além do mero consentimento para a pesquisa, buscava criar um vínculo, com respeito e atenção ao momento delicado que atravessavam. A observação participante ocorreu somente quando tanto as pacientes quanto os profissionais estiveram, simultaneamente, de acordo. As participantes selecionadas tinham mais de 18 anos e diagnóstico de câncer de colo de útero. Foram critérios de exclusão a paciente encontrar-se em acompanhamento psicológico comigo ou apresentar quadro de transtorno mental ou intenso sofrimento psíquico, que demandasse o devido encaminhamento para assistência médica ou psicológica.

Foram acompanhadas, ao longo dos oito meses de pesquisa de campo, trinta e seis pacientes, dezoito da RI e o mesmo número da MR. Esses acompanhamentos representaram a participação em noventa atendimentos, entre consultas médicas, de enfermagem, serviço social, e entrevistas do Banco Nacional de Tumores. Nesse processo, participaram dezessete médicos do *staff*, o mesmo número de residentes médicos, duas enfermeiras e três assistentes sociais. Foram entrevistadas doze pacientes (três delas fizeram duas entrevistas), três familiares, duas assistentes sociais, uma enfermeira e seis médicos, todos eles do *staff*.

Cada consulta observada era singular, embora os processos de trabalho fos-

<sup>7</sup> O projeto de pesquisa foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa do IMS e da instituição onde foi realizada, sob o CAAE 49604015.1.0000.5260.



sem padronizados. As diferenças decorriam de múltiplos fatores, como o estilo de atendimento dos profissionais, as subjetividades, os valores, a adesão das pacientes às normas biomédicas, o nível de compreensão das informações referentes à doença e tratamento, além das particularidades clínicas e afetivas. A observação não se centrava na paciente ou no profissional, mas no que se produzia no encontro entre eles, nas performances, nas técnicas, estratégias, nos arranjos ambientais dos consultórios e sala de espera, materiais utilizados, nas formas de comunicação. Eu tinha ciência, também, de que não era apenas eu a observadora, e minha presença nos consultórios compunha as performances que buscava observar.

A análise das questões metodológicas dessa etnografia, proposta no presente artigo, aborda dois aspectos: minha dupla identidade de profissional e pesquisadora, já que trabalho como psicóloga na instituição, e a escolha do *lócus* da etnografia, que inclui minha inserção na consulta ginecológica, o que pode ensejar uma ideia de “invasão de privacidade”.

## IMPLICAÇÕES NO CAMPO E A PESQUISA ETNOGRÁFICA

No processo de produção do conhecimento científico, a sensibilidade e as emoções são compreendidas como indesejáveis. Afirma-se que o pesquisador deve olhar imparcialmente a realidade e evitar envolver-se com seu objeto de estudo, pois isso poderia interferir em suas análises e conclusões. Os métodos quantitativos seriam os mais valorizados por supostamente garantirem tal neutralidade e imparcialidade. No entanto, no âmbito das Ciências Sociais e Humanas esse pressuposto é tensionado (VELHO, 1978; CAMARGO JR, 2008). Nesse sentido, este trabalho vai de encontro a essa concepção, e afirma a potência dos afetos para a produção do conhecimento.

Na construção do objeto de estudo, eu estava impactada pelas dores, dramas e mortes das mulheres a quem atendo na prática profissional como psicóloga. Tive, portanto, o duplo desafio de produzir um olhar de estranhamento para uma realidade previamente conhecida, e realizar observação distanciada da minha formação original em psicologia, de forma a produzir um saber/fazer no âmbito da antropologia



da saúde. Essa escolha foi inspirada pela leitura de instigantes etnografias realizadas em instituições de saúde, e a pesquisa foi conduzida sob orientação de uma antropóloga. O diálogo com autores dessa área de conhecimento instigou a necessária tarefa de estranhar o familiar e manter-me sensível ao campo de pesquisa.

No texto “At the heart of the discipline”, Crapanzano (2010) faz observações sobre a constituição do campo de pesquisa que considero pertinentes para a reflexão sobre a perspectiva de investigar no lugar de trabalho. O autor afirma que os encontros no campo determinam, em parte, quais dados serão coletados e como eles serão interpretados e generalizados. Lembra, ainda, que, em geral, ignoramos e desprezamos o que se encontra fora do enquadre e da própria experiência de campo. No caso dessa pesquisa, esse enquadre era ampliado e abarcava encontros e produção de dados que tiveram início muito antes da constituição do campo de pesquisa propriamente dito, e se estendiam para além dele, coletados em minha prática profissional.

Outro aspecto destacado por Crapanzano (2010) é a potencial violação ocorrida no campo de pesquisa, sendo o antropólogo uma espécie de hóspede indesejado. Penso que, como realizei pesquisa no local de trabalho, essa violação ocorreu também pelo fato de ter havido certa quebra de cumplicidade com os valores e finalidades da minha inserção na instituição, uma vez que os companheiros de trabalho e as pacientes foram tomados como participantes da pesquisa. Tal fissura tornou-me uma espécie de estrangeira na própria terra natal. Muitas vezes percebia olhares de estranheza e desconfiança das funcionárias e alguns médicos do ambulatório de ginecologia, uma vez que não participava da intensa rotina como profissional, mas sim como pesquisadora. Algumas técnicas de enfermagem tentavam inserir-me no trabalho, pedindo que realizasse pequenas tarefas como entregar o roupão para uma paciente ou levar as pastas de atendimento para os ambulatórios. Em outras ocasiões, eram os médicos que solicitavam atendimento para pacientes que apresentavam reações emocionais mais intensas. Interpretei essas demandas como formas de me incorporar ao trabalho e me colocar em posição diferente de pesquisadora. Apesar disso, penso que a posição de intrusa permaneceu por todo o tempo da etnografia, na relação com os profissionais da instituição. Um fato curioso, que considero uma evidência desse estrangeirismo, foi nunca ter sido convidada para um café da manhã



comunitário organizado pelas funcionárias do setor, que ocorria na pequena copa do ambulatório.

Na pesquisa de campo ocorre o encontro com a alteridade e os outros trazem seus próprios conceitos, preconceitos e valores sobre o que expor e ocultar. Existe uma opacidade entre pesquisador e informantes, no sentido do desconhecimento sobre o que se passa na mente de ambos os lados da interação, o que produz “diálogos de sombra” (CRAPANZANO, 2010, p. 63). Nesses diálogos, ao mesmo tempo em que olhamos para o informante, somos olhados por ele. Somos, a um só tempo, sujeitos e objetos de conhecimento.

Esse duplo lugar de objeto/sujeito de conhecimento evidenciou-se em muitas ocasiões na relação com os profissionais de saúde, especialmente a classe médica. Um aspecto curioso foi a busca de anulação de minha presença em campo por parte de alguns médicos, que colocaram como condição para participação nas consultas que eu ficasse “quietinha”. Em uma das inserções, uma médica garantiu a outro profissional que eu não interferia nas consultas, e no dia anterior, estava tão “invisível” que ela quase havia pisado no meu pé.

Por outro lado, minha presença despertava curiosidade e desconfiança, observadas quando uma das médicas disse que iria “roubar” meu caderno de notas para ler seu conteúdo. Embora eu me dispusesse a conversar, a qualquer momento, sobre a pesquisa, eles não aceitaram a oferta, nem me abordaram para além desses comentários jocosos. Alguns profissionais demonstravam incômodo com minha presença e um deles chegou a dizer que minha presença o “desconcentrava”. Um aspecto importante a ser ressaltado, é que nenhum deles recusou minha participação nas consultas durante todo o período em que estive em campo, e apenas uma médica se negou a me conceder entrevista, argumentando falta de tempo.

Alguns profissionais se mostraram especialmente colaborativos e solícitos. Uma das médicas ensinou como poderia ser verificado, no sistema de registros do hospital, as pacientes “de colo de útero” e algumas vezes ligou para meu ambulatório para sugerir o acompanhamento de um “caso interessante”.

Julgo que a relativa facilidade de entrada no campo está relacionada a dois aspectos. Por um lado, por ser aquela uma instituição de ensino e pesquisa, a pre-



sença de pesquisadores é frequente; por outro, o fato de ser conhecida de muitos profissionais provavelmente contribuiu para essa disponibilidade. Além disso, como compunha a área multiprofissional, eu não representava uma ameaça, já que o saber/poder médico é hegemônico nas instituições de saúde.

Minha presença, contudo, jamais foi ignorada. Alguns médicos pareciam buscar a concordância com seus procedimentos. Um deles costumava olhar de soslaio, analisando minhas reações, quando falava com a paciente, e alguns perguntavam, ao final, como avaliava a consulta. Em outras situações, parecia haver uma intenção de demonstrar seus pontos de vista. Certa vez, após ouvir de uma paciente o relato de que não havia procurado atendimento médico, mesmo tendo sintomas severos há cerca de um ano, por temer descobrir o diagnóstico de câncer e morrer pela doença, como ocorreu com sua irmã, a médica voltou-se para mim e disse: “aí é que tinha que procurar! Está vendo como são essas pacientes!”. Havia, nesse cenário, relações de hierarquia e poder evidentes, e nessa interlocução, a médica parecia tentar me alinhar ao seu lado, enquanto “essas pacientes” possuiriam outro pertencimento, apartado do que somos “nós”.

Desde quando decidi fazer a pesquisa tive dúvidas acerca do distanciamento que julgava necessário para que minhas ideias prévias sobre o serviço não constituíssem pontos cegos. No entanto, estou certa de que há muitas áreas de sombra nessas experiências supostamente próximas. Embora compusesse os quadros da instituição e participasse dos fluxos de trabalho, não atuava diretamente nas modalidades de assistência onde se deu a etnografia, portanto, houve muitas situações de surpresa e estranhamento. Além disso, nunca tive a ilusão de neutralidade e estava certa de que minha presença em campo compunha as performances que me propunha a observar.

Ao longo do tempo em que trabalho na instituição, desenvolvi formas de compreender o processo de adoecimento e certo saber sobre o câncer e as formas de tratamento a ele destinadas, resultantes do meu pertencimento profissional, e que precisaram ser relativizados para dar espaço à surpresa. Compartilho com meus colegas de trabalho, assim como com as pacientes a quem atendo, certas experiências, conhecimentos e representações sobre a doença na sociedade moderna, especialmente sobre a centralidade da biomedicina como principal recurso para o restabe-



lecimento da saúde, uma vez que ela se tornou “nossa referência cultural para cuidar de nossas próprias dores e sofrimentos” (SARTI, 2010, p. 201). Minha formação acadêmica, contudo, aproxima-se das ciências humanas, o que corresponde a outra forma de estrangeirismo, aquela inerente às profissões não médicas quando ocupam um lugar historicamente construído como território eminentemente médico. Desafiei-me, ademais, a empreender a tarefa de interrogar os saberes médicos a partir de um olhar antropológico, o que não é tarefa fácil, dada a força do saber médico diante dos demais saberes no campo da saúde (HEILBORN, 2003).

Cabe refletir, ainda, sobre as ideias de familiaridade e distância, dado que “o que sempre vemos e encontramos pode ser familiar mas não é necessariamente conhecido e o que não vemos e encontramos pode ser exótico mas, até certo ponto, conhecido” (VELHO, 1978, p. 126, grifos do autor). Gilberto Velho (1978) alerta para as dimensões de hierarquia e poder presentes nesses reconhecimentos e desconhecimentos e para o fato de que a realidade é sempre negociada entre atores sociais. Familiaridade, portanto, não coincide com conhecimento. Um aspecto fundamental ressaltado pelo antropólogo é o fato de que pode constituir-se em impedimento para tal, se não for relativizada e não se constituir objeto de reflexão.

Já Crapanzano (2010) chama atenção para o fato de que não é apenas a familiaridade no campo que produz pontos cegos na pesquisa antropológica. Segundo o autor, sempre existe, no campo de pesquisa, uma luta, consciente ou não, entre a abertura para o novo, o exótico, e o conforto assegurado por nossas referências e certezas. Na produção de dados, portanto, há um compromisso entre essas duas dimensões, e os próprios pressupostos teóricos também criam tais áreas de sombra. A disciplina com os procedimentos e materiais de pesquisa é apontada como forma de restringir tais influências, mas isso não descarta o fato de que a própria disciplina possa produzir estruturas defensivas.

O registro no caderno de campo foi fundamental para garantir a reflexividade necessária ao ofício etnográfico. Durante as consultas, eu discretamente tomava notas, especialmente de algumas falas literais de pacientes e profissionais, e imediatamente após cada observação, buscava registrar no diário de campo o que observava da dinâmica das relações, das reações dos atores sociais envolvidos nas cenas, além



das minhas próprias emoções. Essas anotações eram posteriormente analisadas com a orientadora, na produção do trabalho analítico.

Como resultado dos encontros intensos, o campo de pesquisa pode provocar fortes emoções, agradáveis ou indesejadas, tanto no pesquisador quanto em seus informantes, e tais afetos podem produzir reações de resistência e afastamento, mas também encantamento e afetação (CRAPANZANO, 2010). Vivenciei vários momentos em que “estar em campo” produziu emoções de tamanha intensidade que foi necessário um afastamento para que eu pudesse me recompor. Embora algumas situações não fossem desconhecidas, em razão do meu trabalho na instituição, especialmente através da escuta do relato de pacientes, foi muito desafiador presenciar cenas e situações dramáticas. A íntima proximidade com o extremo sofrimento do outro é uma experiência ímpar, que ultrapassa em muito qualquer tentativa de expressão verbal. O diário de campo serviu como instrumento em algumas dessas situações difíceis. Experimentar tais intensidades, contudo, aproximou-me da experiência dos participantes da pesquisa, tanto das pacientes, quanto dos profissionais, que vivenciam e compartilham cotidianamente essas dores e embaraços, e permitiu uma perspectiva singular na produção da etnografia.

A dimensão de subjetividade envolvida no trabalho etnográfico faz com que a realidade seja sempre filtrada a partir do olhar do observador, o que não inviabiliza o trabalho científico, mas evidencia a premência de percebermos a “objetividade relativa” da realidade que percebemos (VELHO, 1978, p. 129). A ação de relativizar as noções de distância e proximidade é o que torna possível observar o familiar e estudá-lo sem a ilusão de produzir um saber imparcial e neutro, assim como nos torna modestos na construção do conhecimento.

Durante o período da investigação, permaneci em exercício profissional. Isso produziu uma continuidade entre as identidades de psicóloga e pesquisadora, que por vezes resultou em constrangimentos e dificuldades, mas também potencializou a multiplicação do campo de pesquisa. O vínculo com muitas pacientes manteve-se mesmo após o período de observação, por iniciativa delas, pois utilizavam o meu telefone, que constava no TCLE, para pedir informações, enviar notícias, mensagens religiosas, ou falar sobre o tratamento. De alguma forma, conversar sobre o processo



de adoecimento e refletir sobre os cuidados recebidos contribuíram para a produção de um vínculo. Decerto, minha experiência de mais de trinta anos como psicóloga, ofício que tem como instrumentos privilegiados a escuta e a produção do vínculo, favoreceu tais conexões. Estava presente em um momento crucial da vida daquelas mulheres, disponível para escutar os relatos do seu “sofrimento”. Uma das participantes da pesquisa me apresentava a seus familiares da seguinte forma: “essa é Rosilene, ela sabe de todo o meu sofrimento”.

Muitas vezes encontrei participantes de pesquisa pelos corredores do hospital, recebi pedidos de orientação ou intervenção nos fluxos de tratamento, fui solicitada a atender pacientes observadas, deparei-me com algumas em minha agenda de trabalho, presenciei a morte de uma delas e fiz parte da equipe cuidadora que ofereceu suporte ao luto dos familiares. Da mesma forma, minha escuta profissional foi atravessada pelas reflexões pertinentes à pesquisa etnográfica. Essas experiências estimularam a reflexão em torno das identidades que, como ressaltam Gomes e Menezes (2008), não constituem categoria fixa, mas são múltiplas, ambíguas e negociáveis. Além disso, habitar o múltiplo lugar de pesquisadora e profissional permitiu borrar as fronteiras entre exótico e familiar, objetividade e subjetividade, razão e emoção, pesquisa e cuidado.

## O LÓCUS DA PESQUISA

Um jogo pendular entre estranhamentos e familiaridades marcou minha experiência de pesquisa. De um lado, por ser funcionária da instituição, a naturalização das práticas dava-se pelo conhecimento prévio das rotinas. De outro lado, a escuta e a observação etnográfica despertaram o senso de distanciamento do familiar. Na medida em que a pesquisa avançava, passei a naturalizar minha participação nas consultas ginecológicas e, muitas vezes, cheguei a questionar a metodologia adotada. Alguns colegas de trabalho e academia referiram estranheza pelo fato de a pesquisa ser realizada nos consultórios, especialmente o de ginecologia, em razão da invasão de privacidade que representava. Como resposta, ressaltava a relevância do tema e argumentava que tal privacidade já não existia, dada a presença de vários profissio-



nais na sala de consulta. Reconheço, contudo, que ser mais uma a compor um processo que se configura como invasivo, pelo excesso de exposição, não minimiza o fato de que, de alguma forma, eu também participava desse excesso. A experiência relatada no caso de Fátima me fez estranhar aquilo que me parecia familiar e reafirmar a pertinência da pesquisa. A partir dela, refleti sobre a relevância de problematizar as práticas institucionais com o olhar “de dentro”. Ao longo das observações, pude também constatar como a vivência daquelas mulheres era diferenciada da minha experiência relativa ao modelo de cuidado ginecológico, e reconhecer o meu lugar privilegiado em uma estrutura social desigual e injusta.

Ao longo da pesquisa, apenas duas pacientes recusaram participar e outras duas demonstraram algum constrangimento com a minha presença. Uma delas foi Laurinda, ao referir preocupação de que eu a visse “pelada”<sup>8</sup>. Outra foi Rosângela, que disse estar em um “reality show”. Apesar desses comentários, ambas reafirmaram aceitação do meu acompanhamento, quando, mais uma vez, indaguei sobre o consentimento. A maioria, no entanto, ressaltou que se sentiu mais confortável com minha presença no consultório, já que eu me tornava conhecida pelo contato anterior à observação. Esse encontro não se limitava a mera solicitação de assinatura de TCLE, pois conversávamos sobre sua experiência de adoecimento. Muitas vezes, essa conversa se estendia a outras pacientes que aguardavam consulta, numa situação frequente nas antessalas de ambulatórios públicos, quando compartilham suas histórias e trocam informações sobre o tratamento e profissionais da instituição. Não escaparam à análise, contudo, as relações de poder presentes nesses consentimentos, pois ficava claro que eu não compartilhava daquelas experiências e era, portanto, estranha àquele coletivo.

A presença de vários profissionais na sala de exame compõe o excesso de exposição, e pode estimular o sentimento de vergonha descrito por muitas participantes. Acrescente-se a isso o fato de serem desconhecidos das pacientes, que não podiam nem ao menos manifestar preferência quanto ao gênero do profissional que

<sup>8</sup> Embora eu permanecesse no interior dos consultórios no momento do exame clínico, em geral, não os observava diretamente, pois havia uma cortina que separava a mesa ginecológica do local onde me posicionava. Apenas um dos consultórios não permitia esse arranjo, pois havia uma coluna que dificultava o fechamento da cortina.



as atenderia. Observei uma naturalização dessa característica do serviço e, de alguma forma, também dela participei. Durante todo o período de pesquisa, apenas uma médica residente pediu que eu me retirasse da sala para realizar o exame ginecológico.

Embora possa ser motivo de constrangimento para muitas pacientes, a existência de uma equipe também foi percebida como fator de segurança quanto ao acerto do tratamento prescrito:

[...] foi novo, eu nunca tinha passado por isso, eu achei um pouco estranho, eu falei: ‘nossa, tanta gente!’ (Natalia, MR, entrevista, 2016).

[...] para mim foi muito bom, porque duas cabeças pensam mais que uma. Você viu que na hora o outro estava cortando os detalhes, abreviou [refere-se ao registro no TCLE], ela [a médica *staff*] foi e falou para ele: ‘não, tem que especificar’, entendeu? (Ana, MR, entrevista, 2016).

Brown et al. (2013) destacam que, na busca por ajuda para dúvidas ou problemas ginecológicos, ocorre a constituição de redes e círculos femininos, baseados na experiência, e algumas vezes em contraposição ao saber científico. A partir de pesquisa<sup>9</sup> realizada na cidade de Buenos Aires, os autores constataram que os temas referentes à procriação e sexualidade eram vistos como eminentemente femininos, e compareciam nas conversas cotidianas das mulheres. Na maioria das vezes, a própria escolha do ginecologista ocorria por meio de recomendações de amigas e familiares. Além disso, o saber médico por vezes era questionado e considerado frio e distante, especialmente quando o especialista era do sexo masculino. Na presente pesquisa, de certa forma, eu acabei compondo essa rede feminina que oferecia alguma estabilidade e confiança diante de uma experiência marcada pelo pequeno controle sobre quem iria atendê-las e como esse atendimento ocorreria. Certamente o fato de ser mulher e profissional da instituição facilitou minha inserção e integrou a realidade performada nas consultas.

Embora eu não compusesse a rede social das pacientes, tampouco era identificada como componente da equipe de cuidados, e, quando o era, isso ocorria de forma diferenciada. Um exemplo é o caso de Carla, que chamou por mim em um momento tenso do exame: “Cadê a psicóloga? Está doendo! Doutora psicóloga, está

<sup>9</sup> Trata-se do “projeto UBACYT: La ciudadanización de la salud. Un estudio comparativo sobre derechos y responsabilidades em salud sexual-reproductiva, enfermedades crónicas y cuidados paliativos”, dirigido por Mario Pecheney, no Instituto de Investigaciones Gino Germani.

doendo!”. Embora eu me apresentasse como pesquisadora, frequentemente era reconhecida nos corredores por pacientes. Assim, minha identidade profissional acabava sendo explicitada. Decidi, depois de passar por algumas situações como essas, informar de antemão às participantes que, apesar de trabalhar na instituição como psicóloga, minha atuação naquele momento era como pesquisadora. Outro exemplo da singularidade da minha presença foi a reação de Larissa, que compareceu sozinha na RI. Enquanto aguardávamos a sequência de atendimentos, ouvi quando ela disse a outra paciente que só não havia desistido do atendimento e ido embora porque eu a estava acompanhando. Acabei me tornando, então, uma “acompanhante” privilegiada.

Apesar dos cuidados demonstrados pelos profissionais da instituição para preservarem a intimidade das pacientes, algumas condições materiais e arranjos institucionais contribuem para incrementar tensões e favorecer o sentimento de vergonha e constrangimento. Um desses aspectos é o fato de as mulheres aguardarem a consulta, sentadas nos corredores internos do ambulatório, despidas das roupas íntimas e vestindo apenas um roupão, que por vezes não cobria adequadamente seus corpos. Lembro que me senti desconfortável na primeira ocasião em que presenciei essa cena. Ao participar cotidianamente dessa rotina, julgo que passei também a naturalizá-la, até que a referência de uma voluntária<sup>10</sup> às “mulheres peladas” chamou-me novamente atenção. Essa fala trouxe a dimensão do quanto tal exposição, no período imediatamente anterior à consulta, que seria realizada por vários médicos, dificultava o sentimento de confiança e segurança, em um momento crucial de suas vidas, quando seria confirmado o diagnóstico e estabelecido tratamento de uma doença grave e estigmatizada como o câncer.

A anamnese médica também motivava constrangimentos, tanto para pacientes quanto para os profissionais. Compõem o inquérito informações sobre a história sexual, a realização de abortos, idade do início da atividade sexual e número de parceiros ao longo da vida. Alguns profissionais demonstravam desconforto com as perguntas sobre o número de parceiros. Em uma das consultas observadas, a médica desculpou-se com a paciente e afirmou que precisava registrar “algum número” no

<sup>10</sup> O hospital conta com uma rede de voluntários leigos, que prestam assistência caritativa.



formulário. Em outra observação, sugeriu que a paciente poderia dizer “números arredondados”, exemplificando: “5, 10, 15, 20...”. Algumas vezes constatei que os médicos não faziam essa pergunta às pacientes mais idosas. Quando indagadas, algumas respondiam com indignação. Isso ocorreu com Zilma, paciente de 83 anos, que reagiu à pergunta sobre a idade de início da atividade sexual: “quando casei, né, doutor!” e o número de parceiros: “um só, ué! Só o meu marido!”.

Aquilo que poderia ser compreendido como invasivo na metodologia permitiu que eu percebesse nuances às quais não teria acesso de outra maneira. Pude perceber algumas sutilezas nas comunicações entre pacientes e profissionais que produziam (des)entendimentos mútuos, decorrentes dos diferentes sistemas de representações. Um exemplo é a diferença no sentido da palavra “maligno”, observada no fragmento abaixo. Enquanto o médico utilizava o termo referindo-se ao diagnóstico de câncer, que por definição é um tumor maligno, a paciente e sua mãe compreenderam que a palavra representava extrema gravidade e uma sentença de morte:

[...] O médico pergunta à Violeta o que ela está sabendo sobre o diagnóstico. Ela responde que sabe que deu grau 1. O médico diz: ‘você tem uma lesão que a biópsia deu tumor maligno’. A paciente faz uma expressão de espanto: ‘maligno?’. O médico continua: ‘ele está meio grande já, 6 cm e atinge os paramétrios’ [explica o que são paramétrios]. [...]. ‘Seu tratamento não é cirúrgico, vai fazer rádio e quimioterapia [...] A paciente e a mãe caem em prantos: ‘a doutora não falou que era maligno, disse grau 1!’ O médico retruca: ‘na biópsia deu que era maligno, vamos confirmar, mas o exame clínico deu malignidade’ [...]. O médico indaga se há mais perguntas e diz: ‘a hora é agora’. A paciente e a mãe continuam chorosas e abraçadas. A técnica de enfermagem diz a elas: ‘vai passar’. (Diário de campo, RI, 2016).

A etnografia permitiu que eu colocasse em questão o próprio conceito de autonomia do paciente e os instrumentos que supostamente serviriam como seus balizadores. O fragmento do diário de campo abaixo constitui um exemplo de situação que fez com que eu compreendesse os limites do ideal de escolha e o valor duvidoso do TCLE como instrumento que garantiria a autonomia das pacientes. Da mesma forma, o trecho elucidou que o silêncio e a ausência de perguntas e participação destas durante as consultas não representavam passividade. Elas encontravam diferentes recursos e sentidos para lidar com uma situação carregada de emoções, que lhes escapava ao controle:

Marizete tinha 37 anos, era “virgem de tratamento”<sup>11</sup> e havia indicação de realizar colostomia antes do início do tratamento radioterápico, pois tinha desenvolvido uma fístula retovaginal<sup>12</sup> [...] Durante a consulta, permaneceu calada depois de ouvir que a colostomia seria permanente. Em entrevista após a consulta da MR, ela disse-me que ficou decepcionada com essa informação, pois tinha esperança de retirá-la após algum tempo [...]. Observei que ela assinou o TCLE sem ler e perguntei por que não o teria lido. Marizete respondeu de pronto: “não precisa, está nas mãos de Deus” (Diário de campo, MR, 2016).

A observação das (re)ações de pacientes e profissionais durante as consultas foi fundamental para que eu pudesse compreender as tensões e potências que integram os cuidados prestados/recebidos na instituição, e como essas compõem as formas como é performado o ideal de autonomia do paciente, além de evidenciar onde estão os seus limites. Dessa forma, embora o *lócus* da pesquisa tenha sido pouco usual, mostrou-se fundamental para a produção do conhecimento.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Intensas emoções transpassaram este estudo, na escolha pelo fazer etnográfico, no difícil processo de produção de sentido do material empírico e na escrita acadêmica. Muito do que compõe essas vivências escapou-me, pelos limites da rememoração e do registro e pela impossibilidade de traduzir em palavras algumas intensidades vividas.

Acompanhar as pacientes nas consultas e testemunhar suas dores e dramas foi bastante desafiador. Reafirmo, contudo, que tal opção metodológica foi fundamental para que pudesse refletir sobre os efeitos das práticas e tensionar as lógicas da escolha e do cuidado, a partir das provocações de Mol (2007; 2008). Estar nesse lugar me permitiu acesso a intensidades que jamais seriam alcançadas por meio de relatos e rememorações de pacientes e profissionais sobre o que ocorre naqueles processos, embora esses aspectos representacionais tenham integrado a metodologia, por meio das entrevistas. Os sentidos produzidos nessas narrativas, puderam, enfim, ser confrontados com aquilo que observava no campo.

<sup>11</sup> Trata-se de jargão médico que se refere a não ter sido realizado tratamento para a doença em questão.

<sup>12</sup> Trata-se de comunicação anormal entre o reto e a vagina, que resulta na saída de fezes pela vagina. Nesse caso, a colostomia é utilizada para derivar a saída das fezes para um reservatório acoplado ao abdômen.



Permanecer, a um só tempo, nos lugares de profissional e pesquisadora pareceu-me um grande desafio. Na medida em que a pesquisa transcorria, percebi que já os habitava desde antes, pois, como profissional, minha escuta jamais limitou-se aos aspectos subjetivos dos discursos das pacientes. Como pesquisadora, fui também, em certo sentido, cuidadora.



## REFERÊNCIAS

CAMARGO JÚNIOR, Kenneth. A relevância do uso de técnicas qualitativas em pesquisas sobre a biomedicina. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 4, p. 1327-1330, 2008.

CRAPANZANO, Vincent. At the heart of the discipline: critical reflexions on fieldwork. In: DAVIES, James; SPENCER, Dimitrina. **Emotions in the field: the psychology and Anthropology of fieldwork experience**. California: Stanford University Press, 2010.

BROWN, Josefina L. et al. Género, cuerpo y sexualidad en la atención ginecológica. **Revista Ártemis**, vol. XV, n. 1, p. 135-148, jan.-jul., 2013.

GOMES, Edlaine de C.; MENEZES, Rachel A. Etnografias possíveis: “estar” ou “ser” de dentro. **Ponto Urbe** [Online], São Paulo, n. 3, 2008. Disponível em <<https://pontourbe.revues.org/1748>>. Acesso em: abr. 2015.

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

HEILBORN, Maria Luiza. Estranha no ninho: geração, tempo e sexualidade. In: VELHO, Gilberto; KUSCHNIR, Karina (Org.). **Pesquisa Urbana: desafios do trabalho antropológico**. Rio de Janeiro: Zahar, 2003, p. 290-207.

MOL, Annemarie; LAW, John. Embodied action, enacted bodies: the example of Hypoglycaemia. **Body & Society**, v. 10, n. 2-3, p. 43-62, 2004.

MOL, Annemarie. Política ontológica. Algumas ideias e várias perguntas. In: NUNES, João Arriscado; ROQUE, Ricardo (Org.). **Objetos impuros: experiências em estudos sociais da ciência**. Porto: Edições Afrontamento, 2007.

\_\_\_\_\_. **The body multiple: ontology in medical practice**. London: Duke University Press, 2002.

\_\_\_\_\_. **The logic of care: health and the problem of patient choice**. London and New York: Routledge, 2008.

MORAES, Marcia O.; ARENDT, Ronald J. J. Contribuições das investigações de Annemarie Mol para a Psicologia Social. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 18, n. 2, p. 313-321, abr./jun. 2013.

SANTOS, Boaventura. **Conocer desde el Sur: para una cultura política emancipatoria**. La Paz: Plural Editores, 2008.

SARTI, Cynthia. Saúde e sofrimento. In: Duarte, L. F. D.; MARTINS, C. D. (Org.). **Horizontes das ciências sociais no Brasil**. São Paulo: ANPOCS, 2010.

VELHO, Gilberto. Observando o familiar. In: NUNES, Edson de Oliveira. **A Aventura Sociológica**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978, p. 36-47.

Recebido em: 01/06/2020

Aprovado para publicação em: 18/12/2020

