

Restituição dos dados na pesquisa etnográfica em saúde: questões para o debate a partir de experiências de pesquisas no Brasil e França

Restitution of the research data in ethnographic health research: issues for debate based on field research conducted in Brazil and France

Jaqueline Ferreira¹

Abstract *This study examines relevant aspects about the way anthropological research data restitution has been applied in the area of health, based on data obtained from ethnographic field research conducted in Brazil and France. These experiences show that data restitution has been part of the area of research, in different forms and time frames, making it possible to extend periods spent in the field and to interact with individual respondents. This also made it possible to interact with research interlocutors and compare different points of view, adding new information and thereby enriching the research. These aspects raise important questions that require reflection, from an ethical and epistemological standpoint. One is related to the demands made on health anthropologists when they begin their field research and how they deal with these questions: how will researchers use the data they collect without worrying that this may be wrongly interpreted or used in some way to reinforce normative patterns? So, how should an anthropological debate be “translated”? Conscientious researchers will seek to validate their analysis, to discover new points of view and provoke new lines of questioning. Thus, such data should provoke reflexivity about new avenues of research and interpretations.*

Key words *Ethnography, Interlocutor, Data return, Qualitative method, Reflexivity*

Resumo *O presente texto apresenta aspectos pertinentes à restituição dos dados da pesquisa antropológica aplicada à saúde, a partir do relato de experiências de pesquisas etnográficas realizadas no Brasil e na França. Tais experiências mostram que a restituição dos dados fez parte do escopo da pesquisa, com modalidades e temporalidades diversas, permitindo prolongar o tempo de trabalho de campo e as interações com os indivíduos pesquisados. Da mesma forma, possibilitou trocas entre os interlocutores e confrontos de diferentes pontos de vista, trazendo novos dados e, assim, enriquecendo as pesquisas. Esses aspectos suscitaram questões importantes para reflexão, do ponto de vista ético e epistemológico. Uma delas diz respeito às demandas feitas aos antropólogos da saúde no momento de inserção do campo e como as mesmas serão por eles tratadas: como o pesquisador restituirá os dados, sem receio de vê-los ser mal interpretados ou instrumentalizados de forma a reforçar padrões normativos? Nesse sentido, como “traduzir” o discurso antropológico? O pesquisador consciente busca validar suas análises, busca novos pontos de vista e interrogações. Assim, a restituição provoca novas inquietações e interpretações na forma de reflexividade.*

Palavras-chave *Etnografia, Interlocutor, Retorno de dados, Método Qualitativo, Reflexividade*

¹ Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Av. Pedro Calmon 550, Cidade Universitária. 21941-901 Rio de Janeiro RJ Brasil. jaquetf@gmail.com

Introdução

O conhecimento antropológico é construído em múltiplos processos de interação. O antropólogo necessita ocupar um lugar junto àqueles que não compreendem bem seu papel. Diferentemente daqueles que fazem pesquisa-ação, sua pesquisa não tem objetivo de intervenção direta sobre a realidade e o produto final de sua análise (seja por meio escrito ou audiovisual) é antes de tudo mais *recebido* por seus informantes do que *restituído*. Melhor dizendo, os resultados da pesquisa são mais informados do que discutidos e dialogados com seus pesquisados.

Os antropólogos, particularmente os que trabalham com temas de saúde, participam cada vez mais de pesquisas ligadas às agências nacionais, internacionais e ONGs, serviços de saúde, realizando pesquisas qualitativas para a execução de projetos de formação e intervenção. É importante chamar a atenção para isso, na medida em que tratar com situações de saúde e doença demanda certas capacidades sociais, cognitivas e emocionais, que integram tanto questões deontológicas quanto epistemológicas da antropologia. Muitas vezes, os antropólogos assumem papel de mediadores entre essas instituições e as populações alvo, que são seus objetos de estudo. Assim, a participação dos antropólogos na elaboração e execução desses projetos está frequentemente imbricada com questões morais e éticas que, paradoxalmente, não estão inseridas na análise antropológica. Uma delas é a restituição dos dados de pesquisa.

Nesta exposição, utilizo o conceito de restituição na perspectiva de Françoise Zonabend¹: “o etnólogo não é um ‘inventariante’ do social, como também não é o escrivão público de uma sociedade (...)”. De acordo com essa autora, o processo de restituição dos dados já está imbricado no começo do trabalho de campo. De alguma maneira ele fará parte do contrato implícito entre o pesquisador e seus informantes, garantirá a veracidade dos fatos, e servirá, igualmente, de controle *a posteriori* da pesquisa, ou seja, falar de restituição de dados não significa algo posterior à pesquisa, mas parte de seu processo, com modalidades e temporalidades variáveis.

O conhecimento gerado no trabalho de campo é resultado de interação humana, e não extraído dos nativos. Como bem ressalta Diego Zenobi², é importante compreender que o conhecimento produzido etnograficamente tem consequências para a construção da autoridade etnográfica e também é parte de uma interação, e

não mera extração de informação. Essa autoridade não advém simplesmente do estar ali, tal como uma testemunha de fatos distantes da pessoa do etnógrafo, nem de um mero artifício retórico, como propõe a crítica textualista. Ela deve ser referida à participação do pesquisador no contexto em que suas ações e interações têm lugar e ganham sentido em relação ao seu papel e posição².

Isso implica que os dados de pesquisa estão em constante construção. Assim, há enriquecimento contínuo nesse fluxo de idas e vindas. Os momentos mais ou menos informais modelam as trocas entre os interlocutores e permitem o confronto de diferentes pontos de vista. É recorrente, por exemplo, que os pesquisadores necessitem continuamente explicitar e esclarecer os processos e os objetivos da pesquisa. Ou seja, desde a inserção no campo até a restituição, o pesquisador deve provar seu interesse no objeto e ganhar a confiança de seus informantes.

Restituir os dados implica colocar os interlocutores face a face com situações que eles experienciam cotidianamente. Por outro lado, todo pesquisador tem medo das reações, sobretudo do mau uso de seus dados, das distorções ou simplificações por parte de seus pesquisados e, nesse sentido, a desconfiança, a dúvida e a suspeita podem e devem ser integradas como dados e instâncias de conhecimento. As questões que frequentemente se colocam são: Até que ponto o discurso antropológico é traduzível?; No que a restituição pode afetar os dados ou as relações entre pesquisador e pesquisados?; Quais mal-entendidos podem acontecer?; O que a pesquisa pode aportar aos pesquisados? Conforme referido, a restituição dos dados começa a se preparar na inserção no campo: a forma como um grupo reage ao pesquisador já é um dado precioso para a pesquisa e implica na expectativa que os pesquisados têm para com ela. Nesse sentido, é colocada em questão a responsabilidade do pesquisador, seu engajamento, ou seja, a implicação do antropólogo com seu campo. O pesquisador pode ser considerado um colaborador, e aí reside seu temor: a instrumentalização de sua pesquisa, e a pesquisa antropológica, sobretudo, supõe independência dos objetivos de instrumentalização. Os antropólogos da saúde, particularmente no caso do Brasil, engajam-se nas questões de seu campo, e, não raro, trabalham com temas familiares³. Trata-se não só de investir nas questões nacionais, mas também numa concepção mais integrada de nação, conforme Leibing⁴.

Gostaria de refletir aqui sobre a restituição dos dados de pesquisa a partir de experiências

de pesquisas antropológicas em saúde, realizadas com grupos de baixa renda, no Brasil, e a partir de dados de minha tese de doutoramento, cujo campo foi um serviço de assistência médica humanitária de *Médecins du Monde* (MDM).

O Retorno de Dados em diferentes contextos

Em 2012, trabalhei em um projeto sobre os motivos da não adesão e do abandono ao tratamento da tuberculose no complexo das favelas de Manguinhos, campo de atuação do Centro de Saúde Escola Germano Sinval Farias, da Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz⁵. Eu coordenei a parte qualitativa da pesquisa, que se referia a entrevistas com os moradores e grupos focais com os profissionais de saúde.

Na pesquisa junto aos serviços de saúde, os profissionais de saúde são muitas vezes incluídos como atores a ser investigados. Não raro, os profissionais de saúde assumem atitude defensiva em relação ao pesquisador, pois ele é visto como aquele que tem a pretensão de tudo saber, inoportuno, e de, a todo momento, questionar as práticas e gerar desconforto. Da mesma forma, em muitas situações, eles resistem a participar da pesquisa, por não admitirem ser tomados como “objetos de estudo”.

Foi o caso dessa pesquisa: houve muita resistência por parte dos profissionais de saúde quanto a participar dos grupos focais. Além dos aspectos citados acima, também atribuímos essa resistência, em parte, às questões relativas ao processo de trabalho nesse serviço: excesso de atividades, dificuldade de conciliar agendas, conflitos no interior da equipe e o fato de a tuberculose não ser para os mesmos uma prioridade diante dos inúmeros problemas de saúde da população atendida. Mas uma questão chamou particularmente nossa atenção: muitos se queixavam de que, em experiências anteriores, os pesquisadores, uma vez realizada a pesquisa, não davam retorno à equipe. A resistência foi tamanha, que foi impossível realizar a proposta inicial de grupos focais, de forma que essa técnica foi substituída por entrevistas individuais com os profissionais que se dispuseram a participar da pesquisa. A análise antropológica deve dar conta desses motivos de resistência e boicote. Assim, readaptar as técnicas de pesquisa, a fim de respeitar os sujeitos, diz respeito tanto às questões metodológicas quanto deontológicas, na forma de dar o retorno de dados.

Por outro lado, no que se refere aos pacientes com tuberculose, muitos concordaram em con-

ceder a entrevista, na expectativa de conseguir tratamento pela Fiocruz, não levando em conta nossos esclarecimentos de ser pesquisador e não profissional de saúde. A fala de um deles é exemplar: “Pode gravar, pode gravar – sabe por quê, meus exames, tem todos lá no doutor G. Tudo tá lá, naquele arquivo. Eu tenho como provar que preciso de internação”.

O fato de o pesquisador ser identificado como profissional de saúde não é novo para o etnógrafo desse campo. Isso ficou mais evidente na etnografia no centro MDM. Nesse espaço, sempre procurei deixar claro meu papel exclusivo de pesquisadora, no entanto, dependente da situação, profissionais de saúde e usuários tinham uma percepção particular sobre mim, conforme desenvolverei mais adiante. É necessário integrar isso aos dados e análise levando em conta as lógicas em que esses atores se inserem, os diversos níveis de hierarquia que caracterizam as relações sociais e os conflitos que daí advêm.

No caso da pesquisa em Manguinhos, em algumas situações, os entrevistadores encontravam os doentes de tuberculose sem tratamento e em péssimo estado de saúde. Esses casos foram levados ao conhecimento dos profissionais de saúde. Ao mesmo tempo, a pesquisa, mostrou que os pacientes que aderiam ao tratamento eram aqueles que possuíam vínculo estreito com algum dos profissionais de saúde. Foi então discutido com a equipe a necessidade de valorizar as práticas dos profissionais de saúde promotoras de vínculo para o sucesso do tratamento da tuberculose. Isso é importante, pois mostra como o olhar exterior do pesquisador pode aportar elementos importantes para as intervenções em saúde. Ou seja, os pesquisadores devem ter em mente as questões de responsabilidade social e cidadania diante da necessidade e o direito de tratamentos médicos adequados dos usuários, conforme aponta Jean-Pierre O. de Sardam⁶, não significando com isso que sua pesquisa esteja sendo instrumentalizada. Mas eles devem sim, tomar cuidado para não assumir postura assistencial, tomando partido dos usuários contra os profissionais e, dessa forma, perder de vista a complexidade e a ambiguidade das questões de assistência. Para superar esses conflitos, Paul Farmer⁷ sugere uma solidariedade pragmática, de forma a reforçar a confiança e a proximidade que o investigador e os participantes da pesquisa constroem durante sua realização. Segundo o autor, essa também é uma forma de fazer ciência.

No caso citado, conforme ressaltado, a pesquisa não foi uma demanda dos profissionais de saúde. No entanto, nas pesquisas antropoló-

gicas em saúde, muitas demandas são feitas por eles aos antropólogos, na perspectiva de ‘entender a cultura’ daqueles em que se quer intervir. Esse tipo de demanda já foi problematizada por alguns autores, que chamam a atenção sobre o perigo de tomar essas populações como ‘exóticas’⁸. Importante aqui para os antropólogos é tomar essas próprias demandas como objetos de pesquisa e como culturais. Foi o que aconteceu, quando realizei minha pesquisa na França.

Quando procurei a coordenação do centro de saúde MDM pela primeira vez, para apresentar meu projeto de pesquisa, ela e os profissionais de saúde se interessaram muito. A ideia da presença de uma antropóloga poderia auxiliá-los a compreender por que as mulheres africanas tanto buscavam tratamento para engravidar, fato que eles associavam ao valor da maternidade para a cultura africana. Eu aceitei observar esses eventos com atenção, mas busquei analisá-los na perspectiva interacional entre os profissionais de saúde e as pacientes africanas. Ao mesmo tempo, tomar a inquietude desses profissionais em relação “ao valor da maternidade para a cultura africana”, em uma perspectiva igualmente cultural da sociedade francesa e, portanto, como um dado para minha pesquisa⁹. Assim, busquei conhecer aspectos históricos do valor da família reduzida e seu processo de medicalização na sociedade francesa, que pode ser situado no período entre as duas Grandes Guerras.

Nesse sentido, os aspectos relativos à cultura ou à situação de clandestinidade, *sans papier*, das mulheres africanas torna ilegítimo seu desejo de ter filhos, pois era interpretado como uma incapacidade de se conformar aos valores ocidentais, e terminava por impossibilitar sua inclusão social no país. No entanto, considerar que as mulheres africanas desejavam ter muitos filhos por ser extremamente ligadas aos valores culturais é um argumento falacioso. Limitando esse fato à condição cultural, corre-se o risco de reificar essas mulheres em sua diferença e de negar o fato de que, mesmo nas sociedades ocidentais, o valor da maternidade é, igualmente, produto da cultura. Se os discursos médico-higienistas e pedagógicos pertinentes à família reduzida não penetram nas sociedades africanas, é porque estas não se conformam a esses agentes disciplinadores. É certo que, para as mulheres africanas, ter filhos é perfeitamente coerente com os princípios de sua cultura, pois lhes confere prestígio como mulheres e mães. Por outro lado, ter filhos faz parte de uma lógica de inclusão social, seja na África ou na França, pois implica vantagens materiais propor-

cionadas pela família, no primeiro caso, ou pelo Estado, no segundo. O fato de os médicos franceses, que trabalhavam no centro, apresentarem o mesmo estranhamento em relação às mulheres francesas em situação de precariedade socioeconômica que desejavam ter filhos, obriga-nos a realizar um exame dos valores de classe. Assim, o desejo de ter filhos só é considerado legítimo segundo os modelos que se conformam aos valores de uma classe social dominante.

De fato, os interventores tendem a pensar que somente as populações alvo são portadoras de “cultura”¹⁰. No entanto, ao reduzir essas populações a uma etiqueta cultural, corre-se o risco de reificá-las em sua diferença e considerar impossível para elas integrar-se no conjunto da sociedade, afirmando a legitimidade biomédica e justificando assim seus fracassos, o que reforça ainda mais a exclusão das populações vulneráveis. Por outro lado, é também correr o risco de negar o fato de que as próprias intervenções são um produto cultural. Nessa linha de raciocínio, devemos ter cuidado com a interpretação do papel do antropólogo como “tradutor” de culturas.

Os usos e desusos da pesquisa

A atividade de pesquisa em contextos de saúde implica muitas vezes participar de reuniões de equipe, formações internas, consultas e discussões de casos clínicos e ser convidado a opinar sobre diferentes questões. Essas questões devem estar presentes como dados da pesquisa, tendo em vista que o pesquisador nunca é simplesmente um observador, ele é também um ator¹¹.

Em minha pesquisa no centro humanitário francês, frequentemente fez-se necessário eu “tomar posição”: simplesmente “tomar notas” na sala de espera ou durante as consultas, e “meu silêncio” nessas situações, colocavam em questão minha identidade, tanto por parte dos profissionais de saúde como pelos usuários. Era eu uma pesquisadora ou médica? Vale ressaltar que, para participar das consultas, eu era apresentada pelos médicos como “colega”. Mas como não participava ativamente das mesmas, seria eu uma estagiária? E, se antropóloga, qual era meu papel em uma consulta médica?^{12,13}. Assim, fui obrigada, em algumas situações, a dar opinião sobre diagnósticos e orientar os pacientes. Os pacientes imigrantes, por sua vez, sentiam-se mais à vontade em relatar suas aflições com alguém de nacionalidade também estrangeira. Essas situações, longe de comprometer a minha “neutralidade” na pesquisa, proporcionaram-me amplitude de

interações e elementos relevantes para a pesquisa. De fato, as relações entre pesquisadora, usuários e profissionais de saúde envolveram diferenças de gênero, nacionalidade, etnia, cultura e classe social. Eu busquei usar todas essas representações para a compreensão da construção dos diferentes espectros de alteridade, considerando-as como uma situação de comunicação particular, produtora de dados, e foram integradas nas análises antropológicas.

Por outro lado, muitas vezes, tive receio de que meus dados, quando fossem divulgados, gerassem reações negativas. Igualmente, eu também não queria ser mal interpretada por “usar dados de consulta”, muitas vezes de situações delicadas, para fins de pesquisa. Utilizei então como estratégia, durante o campo, entregar pequenos extratos de observações com uma análise preliminar. Fiquei aguardando a reação dos profissionais, sempre temendo uma reação negativa. Para minha surpresa, isso foi extremamente bem recebido, esclarecendo o meu papel de pesquisadora e, principalmente, do que tratava a Antropologia.

Após isso, eles se dispuseram ainda mais a me ajudar chamando-me para discutir “casos interessantes”. Por outro lado, sentiam-se valorizados em seu trabalho: alguém prestava atenção em sua atividade e estava escrevendo uma tese sobre eles. Igualmente, teve uma boa repercussão dois parágrafos que escrevi para um boletim interno de MDM, em que simplesmente falava da importância de relativizar a cultura dos pacientes de origem diferente da francesa, o que eles consideraram um “artigo formidável”. De forma que isso também influenciou positivamente na coleta de dados e problematização dos aspectos metodológicos da pesquisa. Será que não poderíamos pensar em utilizar mais esse tipo de estratégia na dinâmica de *don* e *contra-don*?

Em outra ocasião, fui convidada pela direção da organização a relatar minha pesquisa. Foi outra situação difícil, pois os dirigentes da organização estavam em conflito com a equipe do centro. Apresentei alguns dados, e entre eles citava a fala de alguns profissionais de saúde que questionavam o sentido do “papel humanitário” que desenvolviam e como eles valorizavam esse tipo de reflexão como uma análise crítica de seu trabalho. No entanto, para os dirigentes, isso foi interpretado como “eles ainda não sabem qual é seu papel?”. Ou seja, tornou-se claro que o antropólogo não somente realiza uma interpretação de segunda e terceira mão¹⁴, mas, da mesma forma, seus dados serão lidos e interpretados de acordo com pontos de vista particulares, e o pesquisa-

dor não tem controle algum sobre os usos e as interpretações que os leitores farão dos dados. Todavia, o antropólogo deve ter como ambição que seu olhar exterior como pesquisador possa aportar elementos para os profissionais de saúde refletirem sobre suas práticas.

A restituição de dados de pesquisa a posteriori aos usuários é mais complexa do que aos profissionais de saúde. Nesses casos, talvez devamos pensar a restituição aos usuários não após o término da pesquisa, mas sim como trocas e possibilidades de relação menos hierárquicas durante o seu próprio intercurso. Por exemplo, no centro MDM, minha presença muitas vezes era um conforto para os pacientes imigrantes, na medida em que eles se sentiam mais próximos de alguém que era também um estrangeiro, conforme já referido. Esta proximidade era mais marcante evidentemente com os pacientes provenientes da América Latina, e que manifestavam um franco contentamento de encontrar alguém com quem pudessem se expressar em espanhol. Nas consultas médicas, minha presença foi muitas vezes solicitada para auxiliar na tradução. Isto me permitiu estabelecer uma relação mais próxima e até mesmo de cumplicidade com estes pacientes.

Assim, na França, minha nacionalidade, ou o fato de eu ser estrangeira, meu sotaque e minha postura mais próxima, permitiram-me trocas frutíferas com os usuários do centro. Alguns imigrantes voltavam para conversar comigo sobre suas dificuldades, e com os moradores de rua, *habitués*, estabeleci relações mais próximas que se mantêm até hoje. Assim, o antropólogo pode e deve estabelecer vínculos com seus nativos usuários na forma de escuta, integrando assim uma das formas de promoção do Cuidado, tanto difundidas pelos programas e políticas de saúde.

Quando o “nativo” é leitor

Na pesquisa, podemos pensar que a restituição dos dados também pode ser uma forma de prolongar o trabalho de campo, as interações, a relação com os nativos. Nesse caso, a receptividade da pesquisa e a restituição confundem-se em relação às interações estabelecidas, engajamento e responsabilidade com o campo. O duplo produto final da enquete, seja sob a forma de relatório para o projeto de financiamento ou artigo para a revista científica, sublinha a distinção entre dois papéis: ciência ‘pura’ *versus* ciência ‘aplicada’. Entretanto, trata-se de distinção ideal. Nas situações concretas, observa-se ambiguidade entre esses dois papéis, uma vez que um ou outro

é reivindicado e um ou outro argumento pode ser utilizado segundo o contexto. A publicação de artigos e livros é uma forma importante de difusão da pesquisa no meio acadêmico, no entanto, essas publicações tendem a repercutir pouco para os pesquisados.

No caso da pesquisa de doutorado, a sua publicação em livro na língua do local da pesquisa e do lançamento do mesmo ter sido realizado no centro de saúde, proporcionou que praticamente todos os profissionais de saúde o lessem. À medida que se inteiravam e se reconheciam nos dados etnográficos, sentiam-se valorizados, e isso proporcionou vários encontros posteriores à pesquisa, ricos em trocas de informações e carregados de sentimentos de afeto de ambas as partes. Um paciente, morador de rua, do qual descrevi extratos de cartas que trocou com uma das voluntárias, seus poemas sobre o alcoolismo (obviamente com a autorização deles), após a leitura do livro, imediatamente, enviou-me mais poemas e cartas que possuía. Mantenho contato com ele até hoje.

Os profissionais de saúde também me deram retorno sobre suas reflexões após a leitura do livro. Descrevo aqui a carta de uma enfermeira, na época com 92 anos, e que participava como voluntária do centro MDM desde sua abertura. Tal enfermeira sempre teve seu trabalho voltado para o social, tendo parte ativa na Resistência Francesa. O trabalho na enfermaria consistia muito em cuidar de ferimentos de pele de moradores de rua, e é sobre isso que ela reflete na carta, traduzida por mim.

Cara Jaqueline

Eu começo lhe dizendo o quanto fiquei feliz em lhe rever e passar um momento agradável com você. Eu lhe agradeço a gentileza de você me oferecer um exemplar do seu livro, o qual eu li com muito interesse, uma vez que eu participei de uma maneira ou outra dos cuidados daqueles que você chama de "Mal Cuidados". Com a leitura de seu livro, pelo qual lhe felicito, aprendi muitas coisas, uma vez que eu não tive contato com todos os pacientes. Os que vinham à enfermaria tinham muita necessidade de cuidados, que nós executávamos com a ajuda preciosa do dermatologista, Dr. H. Assim, o contato se passava muito bem entre nós e esses pacientes, o que permitia muitas vezes que eles falassem de seus problemas, enquanto nós os tratávamos. Mas havia aqueles que vinham somente falar, falar de seu mal-estar, e nós os escutávamos. Eu também tive a satisfação de gerenciar estudantes de enfermagem e

elas, igualmente, ao final de seu estágio, me diziam o quanto seu olhar sobre essas pessoas havia mudado e que se davam conta de que elas, na sua maioria, eram pessoas amáveis. Eu também me surpreendi algumas vezes pelo seu comportamento. Eu citarei um exemplo: Era um paciente pouco sociável, que vivia à parte e era louco. Certa vez, tentaram roubar sua sacola e ele lutou com seus saqueadores. Isso lhe causou ferimentos, e, quando ele veio a nós, tinha os braços e metade das costas queimados. Após os cuidados que lhe dispensamos, o obrigamos a procurar um hospital. Naquele momento, ele tinha cabelos longos. Dois meses mais tarde, ele veio ao centro e lhe perguntamos se o tratamento havia sido doloroso. Ele respondeu: "Não foi o tratamento que doeu, mas o fato de terem cortado meus cabelos". Eu não esperava de forma alguma tal resposta! Tudo isso é para lhe dizer que essas pessoas têm uma vida tão dura, que elas aceitam sem reclamar os tratamentos dolorosos que lhes fazemos.

Agora eu tenho tempo de pensar a tudo o que vivi durante esses 16 anos de MDM, dos quais guardo belas lembranças. Eu me sinto um pouco inútil agora, mas não podemos ter esse pensamento por tudo o que passou.

Desejo-lhe uma boa continuação em seu trabalho na cidade do Rio de Janeiro e lhe agradeço mais uma vez.

Abraços M. L.

A reflexão que os dados antropológicos suscitaram nos leitores, como foi o caso do testemunho *a posteriori* da enfermeira M. L., foi essencial, não só pela possibilidade de aprofundar as trocas e estreitar os vínculos com os pesquisados, mas também para eu acolher os frutos de minha pesquisa. Os profissionais com quem trabalhei abandonaram o centro algum tempo após o término da pesquisa devido aos conflitos com a coordenação central. Mas eles reúnem-se frequentemente entre si e com os antigos *habitués* do centro. Quando vou à França, sou convidada a participar desses encontros e eles comemoram o registro em livro como memória de sua experiência no centro MDM.

As subjetividades e afetividades envolvidas na pesquisa devem ser consideradas como integrantes da pesquisa antropológica. O texto *Encontrando Taso, me descobrindo*, de Sidney Mintz¹⁵, é um exemplo de que a convivência e a proximidade permitem conhecer e ressignificar aspectos até então naturalizados pelo pesquisador e pelo pesquisado.

À guisa de conclusão

Os textos etnográficos são produzidos e interpretados nas relações estabelecidas entre pesquisador e pesquisados. De acordo com James Clifford¹⁶, ao mesmo tempo em que a experiência etnográfica é textualizada, o texto etnográfico é permeado por toda experiência proporcionada pela pesquisa. Dessa forma, permitir aos pesquisados um papel ativo e direto no processo de restituição permite alcançar estados mais avançados da pesquisa.

O campo antropológico é emblemático: ele pode designar tanto um espaço geográfico como o grupo com quem se desenvolve a atividade antropológica. De toda maneira, é onde o antropólogo joga com sua identidade, uma identidade que procura sempre dar legitimidade à sua prática. Por outro lado, não há simetria entre a posição

que ocupa o antropólogo e o *nativo*. A compreensão do Outro passa sempre por uma retórica da alteridade, em que as categorias e finalidades estão em permanente construção. Enfim, trata-se de uma situação de comunicação particular, produtora e restituidora de dados. Portanto, é importante integrar nas interpretações antropológicas o percurso intelectual e afetivo que dá origem a essas construções, e reconsiderar a posição do antropólogo como fazendo parte de seus dados. O pesquisador consciente busca validar suas análises, busca novos pontos de vista e interrogações. Maria Cecília de S. Minayo e Iara Coelho Z. Guerriero já refletiram sobre a necessidade de integrar as questões éticas com parte do processo de construção e análise dos dados da pesquisa¹⁷. Assim, a restituição provoca novas inquietações e interpretações, na forma de reflexividade.

Referências

1. Zonabend F. De l'objet et de sa restitution en anthropologie. *Gradhiva* 1994; 16:3-14.
2. Zenobi D. O Antropólogo como “espião”: das acusações públicas à construção das perspectivas nativas. *Mana* 2010; 16(2):471-499.
3. Trad LAB. Trabalho de campo, narrativa e produção de conhecimento na pesquisa etnográfica contemporânea: subsídios ao campo da saúde. *Cien Saude Colet* 2012; 17(3):627-633.
4. Leibing A. Sobre a Antropologia Médica e muito mais. O corpo saudável e a identidade brasileira. In: Saillant F, Genest S, organizadores. *Antropologia Médica: anco-ragens locais, desafios globais*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2012. p. 123-137.
5. Ferreira J, Engstrom E, Alves LC. Adesão ao tratamento da tuberculose pela população moradora em Mangueiros, Rio de Janeiro: As razões do (im)provável. *Cad. Saúde Coletiva* 2012; XX:211-216.
6. Sardam JPO. Anthropologie médicale et socio-anthropologie des actions publiques. *Anthropologie & Santé* [Periódico na Internet]. 2010 [acessado 2014 out 14]; 1. Disponível em: <http://anthropologiesante.revues.org/86>.
7. Farmer P. *Pathologies of Power: Health, human rights, and the new war on the poor*. Berkeley, Los Angeles: University of California Press and; 2003.
8. Castelain JP, Loux F, Pouchelle MC. Ethnologie et demande médicale; de l'académisme à la désobéissance. In: Segalen M, organizador. *L'Autre et le Semblable*. Paris: Presses Universitaires du CNRS; 1989. p. 193-203.
9. Ferreira J. *Soigner les Mal-Soignés*. *Ethnologie d'un centre de soins gratuits*. Paris: L'Harmattan; 2004.
10. Centlivres P, Centlivres-Demont M. L'anthropologie face à l'humanitaire. État, Islam et Tribus face aux organisations internationales. Le cas de l'Afghanistan. 1978-1998. *Annales* 1998; 54:945-965.
11. Schwartz O. L'empirisme irrédutible. In: Anderson Nels. *L'Hobo, Sociologie du Sans-Abri*. Paris: Armand Colin; 2011.
12. Ferreira J. A Consulta Médica como Drama Social - um olhar etnográfico. *Cad. Saúde Coletiva* 2011; XIX:215-224.
13. Ferreira J. Reparar o Moral: etnografia dos cuidados médicos de um centro de saúde humanitário francês. In: Ferreira J, Fleischer S, organizadores. *Etnografias em Serviços de Saúde*. Rio de Janeiro: Garamond; 2014. p. 131-153.
14. Geertz C. *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1989.
15. Mintz S. Encontrando Taso, me descobrindo. *Dados, Revista de Ciências Sociais* 1984; 27(1):45-58.
16. Clifford J. Sobre a autoridade etnográfica. In: Clifford J. *A experiência etnográfica: antropologia e literatura no século XX*. Rio de Janeiro: Ed. UFRJ; 1998.
17. Minayo MCS, Guerriero ICZ. Reflexividade como éthos da pesquisa qualitativa. *Cien Saude Colet* 2014; 19(4):1103-1112.

Artigo apresentado em 29/03/2015

Aprovado em 22/05/2015

Versão final apresentada em 24/05/2015