

## **Parte II**

**ÉTICA, ANTROPOLOGIA E MULTIDISCIPLINARIDADE**

# ÉTICA DE PESQUISA EM EQUIPE MULTIDISCIPLINAR

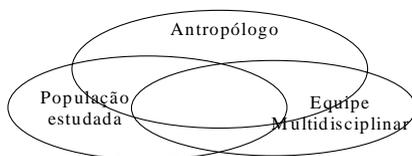
*Ceres Víctora*

Para abordar a questão da ética de pesquisa no trabalho de equipe multidisciplinar vou-me referir a duas experiências de pesquisa sobre saúde reprodutiva. Nos dois casos, eu e a equipe do Núcleo de Pesquisa em Antropologia do Corpo e da Saúde (NUPACS) da UFRGS, fomos procurados por profissionais de saúde para, através de pesquisa antropológica, ajudar a entender um fenômeno que envolvia saúde reprodutiva. E nessas duas situações me deparei com problemas éticos de várias ordens. Este artigo apresenta uma tentativa de sistematizar estas experiências.

As questões de ética, porque estão coladas nas relações sociais, permeiam todas as relações entre pessoas. É impossível abordar os elementos de todas as relações, portanto, proponho-me a lidar com alguns dilemas éticos que estão envolvidos em três “conjuntos” de relações. O conjunto que envolve mais diretamente as relações do pesquisador com os pesquisados, o conjunto que envolve as relações do pesquisador com os demais profissionais da equipe e o conjunto que envolve a interseção entre estes três atores. Estes conjuntos têm áreas de interseção e há dilemas éticos que se colocam nessas interseções.

Para fins didáticos, desenhei o quadro a seguir, a fim de definir o que quero dizer com os conjuntos de relações e as áreas de interseção entre eles.

## Conjuntos de relações



Na primeira pesquisa, “Mulher, sexualidade e reprodução: representações de corpo em uma vila de classes populares em Porto Alegre”, fui procurada por profissionais de saúde de um Posto de Saúde Comunitária de uma vila de favela na Zona Norte de Porto Alegre. Lá, havia vários programas especificamente voltados à saúde da mulher, entre eles, um programa de planejamento familiar, no qual os profissionais ofereciam

gratuitamente quase todo o tipo de procedimento contraceptivo. Basicamente, os profissionais estavam se deparando com um problema que eles viam da seguinte forma: mulheres da vila procuravam o posto plenamente decididas a obter uma forma eficaz de evitar filhos. Mas, apesar dos grandes esforços da equipe médica em educação sexual e oferta de recursos contraceptivos, elas acabavam engravidando novamente, muitas vezes em um espaço de tempo muito curto, segundo estes profissionais. Na visão deles, as mulheres não cumpriam com as recomendações porque não tinham capacidade para entender o processo da reprodução, ou, apesar de recorrerem à consulta para evitar filhos, elas de fato não queriam evitá-los. Os médicos estavam frustrados, desestimulados, achavam que faziam muito para obter um retorno tão pequeno.

Nesse caso, eu tive acesso aos prontuários das mulheres grávidas registradas no Posto de Saúde e, munida dos endereços, iniciei minha pesquisa de campo e fui em busca destas mulheres para entender como se davam as decisões sobre contracepção. Nos primeiros dias, supus que não havia tido sucesso porque eu não encontrava os endereços que constavam nos prontuários nem tampouco as mulheres registradas no Posto. Isto aconteceu por vários motivos, como, por exemplo, a dificuldade para definir os endereços, já que, numa favela de ocupação ilegal ou eles são fictícios, ou os moradores mudam muito de casa. Em seguida, eu fiquei aliviada de não tê-las encontrado e ser, por este motivo, obrigada a abandonar a minha tática inicial de abordagem. Com isso, eu tive tempo para me dar conta que era impróprio obter a ficha daquelas pessoas e bater em suas portas dizendo: “Com licença minha senhora, eu peguei seu prontuário ali no Posto e vim aqui saber porque e como que a senhora ficou grávida”. Isso para não dizer eticamente incorreto, já que o termo “ética” ainda não era muito utilizado naquela época.

O primeiro problema que eu gostaria de apontar com este exemplo é que o contato com profissionais de outras áreas pode nos dar acesso a dados que têm um *significado* específico para eles, mas que têm outro *significado* eticamente impróprio para nós. Ou seja, as informações contidas no prontuário de um paciente são coletadas com um certo propósito e em uma situação de confidencialidade. Um pesquisador de fora toma estas informações como *dados de pesquisa* que não foram autorizados pelos sujeitos investigados para tais fins. Este é um problema do conjunto que envolve mais diretamente as relações do pesquisador com os pesquisados, mas também se situa no espaço de intersecção dos três conjuntos.

Ainda com relação ao Posto de Saúde e à população atendida, outras questões éticas se colocaram. Inevitavelmente, por estar na Vila e no Posto, eu ficava sabendo de muitas coisas. Por um lado, eu participava das reuniões internas e falava com os médicos e os outros profissionais do Posto sobre os pacientes; por outro lado, na Vila, eu ouvia muitas coisas sobre os

profissionais. Como antropóloga, eu queria transformar aquilo tudo em dados de pesquisa. Como pessoa (não que fosse possível dissociar estas duas esferas), eu tinha que ser extremamente cuidadosa para não revelar informações de um lado para outro. Além disso, sendo uma pessoa mais ou menos “neutra”, alguns profissionais comentavam coisas sobre seus colegas comigo. Este seria um problema do conjunto que envolve o antropólogo e a equipe multidisciplinar.

Também pertence a este conjunto o dilema do pesquisador saber informações ou segredos de pessoas ou procedimentos que, se não forem revelados, podem prejudicar alguém, mas que seria eticamente inconveniente revelá-los. Estes dilemas estão situados no conjunto do antropólogo e na intersecção com o conjunto dos informantes.

Não resta dúvida que, por estar em uma pesquisa multidisciplinar, as relações que mantive com médicos, enfermeiros, assistentes sociais, atendentes, psicólogas e dentistas do Posto foram fundamentais para a construção do meu trabalho, mas gerou ainda um terceiro tipo de dilema ético, próprio das relações pesquisador/equipe multidisciplinar. Embora em contato com programas de saúde, as pesquisas que eu desenvolvi não visavam uma aplicabilidade imediata. Ao desvendar os valores e as práticas relativas à reprodução nas vilas, eu não tinha a intenção de apontar um caminho de ação e isso era muito frustrante para os profissionais de saúde que me procuraram com “um problema”. É claro que eu não havia feito promessas de solução de problemas, mas eles me abriram as portas do Posto e o que eu lhes entreguei, ao final, foi uma dissertação de mestrado de 300 páginas que mostrava a lógica subjacente às questões reprodutivas na Vila. Sem dúvida, havia uma expectativa de que a minha ajuda fosse mais consistente. Porém, o máximo que eu poderia oferecer com o meu trabalho seria diminuir um pouco a ansiedade que tinham em solucionar o “problema da contracepção”. Pude apontar para o fato de que nem sempre este é um problema tão grande assim e que, quando se torna um problema, as pessoas tentam solucioná-lo com abortos. O que eu fiz foi *explicitar* o que já não era tanta novidade para eles porque muitas mulheres procuravam mesmo o posto para abortar.

A segunda pesquisa que eu gostaria de comentar é uma mais recente, desenvolvida por mim, pela professora Daniela Knauth, também do NUPACS, e por Maria Regina Britto, da Secretaria de Saúde de Porto Alegre. Neste caso, em 1997, nós fomos procuradas pelo Coordenador da Política Municipal de Controle de DST/Aids de Porto Alegre, também com um problema. Ao olhar o mapa da epidemia em Porto Alegre, observaram que havia uma região onde se concentrava um grande número de mortes por Aids e queriam saber basicamente porque aquela área de classes populares era mais atingida. Nós, então, fizemos um projeto de pesquisa, financiado pela FAPERGS, chamado “Aids e pobreza: práticas

sexuais, representações da doença e concepções de risco em um bairro de baixa renda em Porto Alegre”. O objetivo era entender os fatores que acentuavam, entre esta população de baixa-renda, a vulnerabilidade ao HIV.

A primeira questão foi explorar criticamente o perfil epidemiológico da doença a partir do estudo dos dados de notificação obrigatória da Secretaria de Saúde do município. Foi feita uma avaliação da qualidade dos dados contidos nas fichas de notificação de casos de Aids referentes ao município de Porto Alegre e, em especial, ao mapeamento topográfico dos casos de Aids da região estudada. Desse modo, com base no extensivo trabalho sobre as fichas de notificação de Aids, foi possível visualizar a alta prevalência da doença na região pesquisada e a importância do uso de drogas como fator preponderante de contaminação. Posteriormente, estes dados mostraram-se plenamente compatíveis com os dados da pesquisa qualitativa realizada pela nossa equipe.

Foi feito um levantamento sobre a forma como os dados da Secretaria de Saúde eram concebidos e registrados. Nos perguntamos se esta especificidade da região com maior número de casos de Aids devia-se a uma real mudança no perfil da epidemia em Porto Alegre ou se os dados eram decorrentes de modificações na qualidade do registro verificadas nos últimos anos. Houve uma ampliação dos serviços gratuitos de sorologia para o HIV na cidade e nos perguntamos o quanto isso favorecia o acesso da população de baixa renda aos serviços de saúde e, portanto, ao diagnóstico de Aids.

Além disso, sob o enfoque antropológico, nos dedicamos a compreender as representações dos moradores da área em questão sobre a Aids, sobre as formas de contaminação, sobre as pessoas contaminadas pelo HIV e sobre o impacto da alta prevalência sobre representações e práticas. Foram também investigadas as práticas sexuais correntes e o sentido atribuído às mesmas, procurando delinear quais eram os fatores associados ao risco de contaminação pelo HIV. Buscamos também compreender o significado de “risco” acionado por aquele segmento da população.

Identificamos problemas importantes no preenchimento das fichas de notificação, dos prontuários médicos e dos atestados de óbito, documentos que, muitas vezes, não continham as informações completas. Mas tais formulários, completos ou incompletos, *não* são anônimos. Era possível saber quem eram os doentes como também o médico que preencheu as fichas. Este é um dilema do conjunto das relações entre pesquisador e equipe multidisciplinar e também entre o pesquisador e o pesquisado porque implica a identificação de pessoas.

Na pesquisa de campo propriamente, surgiram os outros dois tipos de dilemas: aqueles próprios das relações pesquisador/pesquisado e do

pesquisador consigo mesmo, uma situação particularmente difícil. Embora as pesquisas antropológicas em saúde reprodutiva não visem nenhum procedimento físico invasivo, como coleta de sangue ou exames físicos de qualquer tipo, contêm um elemento de invasão por buscar entender representações e práticas sexuais de grupos específicos uma vez que inquire sobre procedimentos relativos à intimidade dos sujeitos investigados. A partir de entrevistas e observações, estas pesquisas podem desvelar informações íntimas ou práticas ilícitas.

Com as informações das notificações obrigatórias, nós construímos um mapa acumulado com os casos de Aids notificados na área da pesquisa, num total de 265 casos. E também um outro mapa que demonstrava os casos de Aids em usuários de drogas injetáveis na mesma região, num total de 103 casos. Considerando estes mapas paralelamente aos dados da pesquisa antropológica mais tradicional que realizamos no bairro, verificamos que a alta prevalência produz uma grande familiaridade com a doença – o que resulta, no dia-a-dia das pessoas, numa certa *banalização* e mesmo num certo *descaso* com o problema e com a prevenção da doença. Este talvez tenha sido o maior dilema ético experimentado pela equipe. Ou seja, como proceder se, para o pesquisador, está evidente uma situação de risco? Nossa orientação, neste caso, era de que os entrevistadores, por um lado, não se omitissem e, por outro, não se furtassem de informar ou mesmo acompanhar pessoas no que fosse necessário para diminuir essas situações de risco (consulta médica, testagem sorológica, procura por assistência social).

Além disso, no caso da pesquisa “Aids e pobreza”, nós tentamos antecipar os riscos próprios de cada bloco de relações e definir procedimentos éticos ainda na fase do projeto de pesquisa. Esta estratégia fica clara no quadro a seguir:

Etapa da pesquisa	Risco antecipado	Procedimentos éticos
1. Estudo sobre práticas sexuais da população estudada e suas representações sobre Aids	1. Desvelar informações íntimas e práticas ilícitas a partir de entrevistas com moradores da mesma área geográfica sobre práticas sexuais, drogas e aborto	1. Consentimento informado 2. Garantia de confidencialidade 3. Evitar entrevistar casais
2. Estudo das redes de relações das pessoas infectadas pelo HIV	1. Identificação das pessoas HIV+ 2. Possibilidade de denúncia de outros membros da rede 3. Indicação de práticas ilícitas	1. Identificação de pessoas através de um profissional da saúde com o consentimento prévio 2. Consentimento autorizado 3. Não-seguimento das redes de relações, mas reconstituição a partir da memória do indivíduo 4. Garantia de confidencialidade 5. Cuidado para que a presença do pesquisador não denuncie a condição do entrevistado
3. Análise das notificações de Aids	1. Garantia de anonimato da pessoa notificada	1. Formulação de procedimentos de melhoria nas formas de notificação

Para concluir, é fundamental pensar a questão da ética em cada etapa da pesquisa, desde a formulação do projeto até a divulgação dos resultados. Na fase do projeto, pela antecipação dos riscos, consentimento informado, aprovação do comitê de ética (quando houver); na fase de coleta dos dados, com a garantia de confidencialidade (não apenas formal mas na prática da pesquisa) e com a não exposição do informante ou das informações; na fase da análise dos dados, garantia da integridade da informação e de seu contexto; e na fase de divulgação dos resultados, com o controle sobre as informações a serem divulgadas ou omitidas, prevendo acesso amplo ou restrito para as mesmas.