

Alimentação, direito e saúde

uma experiência etnográfica na sala de espera de um ambulatório de nutrição

Glaucia Figueiredo Justo
Jaqueline Ferreira

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

JUSTO, GF., and FERREIRA, J. Alimentação, direito e saúde: uma experiência etnográfica na sala de espera de um ambulatório de nutrição. In: PRADO, SD., *et al.* orgs. *Estudos socioculturais em alimentação e saúde: saberes em rede*. [online]. Rio de Janeiro: EDUERJ, 2016. Sabor metrópole series, vol. 5, pp. 381-399. ISBN: 978-85-7511-456-8. Available from: doi: [10.7476/9788575114568](https://doi.org/10.7476/9788575114568). Also available in ePUB from: <http://books.scielo.org/id/37nz2/epub/prado-9788575114568.epub>



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Alimentação, direito e saúde: uma experiência etnográfica na sala de espera de um ambulatório de nutrição^{1,2}

*Glaucia Figueiredo Justo
Jaqueline Ferreira*

Introdução

Este capítulo trata de experiências preliminares e informações sobre questões teóricas e metodológicas de uma pesquisa do tipo qualitativa ancorada nas ciências sociais. O trabalho, de caráter interdisciplinar, busca, no método etnográfico e na técnica da observação participante, explorar os significados relacionados com o universo do comer e da comida entre pacientes de um serviço público ambulatorial de nutrição na cidade do Rio de Janeiro. Tais temas merecem pesquisas empíricas para corroborar – e contribuir com – os ricos aprofundamentos teóricos já existentes sobre o tema.

Alimentação, cultura e pesquisas qualitativas: um contexto

Os estudos em Nutrição pautam-se, predominantemente, nos assuntos fisiológicos e da saúde, expressando a hegemonia do paradigma biomédico,

¹ Este trabalho deriva do projeto de doutoramento denominado “Percepções acerca do direito humano à alimentação adequada entre indivíduos atendidos em um ambulatório de Nutrição de um serviço público de saúde”, em desenvolvimento no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil.

² O estudo conta com o financiamento da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), na forma de bolsa de doutorado.

o qual, por sua vez, se manifesta nas práticas predominantes em saúde. Do ponto de vista teórico-filosófico, a ciência da Nutrição aderiu ao modo positivista de pensar, de pesquisar e de atuar (Freitas et al., 2011). Entretanto, o ato de se alimentar é extremamente complexo, e comer não é – como nunca foi – uma atividade meramente biológica. A comida vai muito além de uma coleção de nutrientes escolhidos por uma racionalidade unicamente biológica (Contreras e Gracia, 2011).

Alimentar-se é um ato cotidiano, um hábito aprendido no local em que crescemos. Dessa maneira, o que aprendemos sobre comida está inserido em um corpo substantivo de materiais culturais historicamente derivados. Tanto o alimento como o ato de comer assumem posição central no aprendizado social, por causa de sua natureza vital e essencial, embora rotineira. O comportamento relativo à comida revela repetidamente a cultura em que cada indivíduo está inserido (Mintz, 2001).

Segundo Mintz (2001), comer é uma atividade humana central não só por sua necessidade fisiológica, mas também porque o ato de se alimentar permite alguma escolha ao indivíduo. De acordo com o autor, a comida “entra” em cada ser humano, portanto pode levar consigo uma espécie de carga moral. Nossos corpos podem ser considerados o resultado, o produto, de nosso caráter, que, por sua vez, é revelado pela maneira como comemos. Há um ditado que diz: “Você é o que você come”. Porém, não “somos o que comemos” apenas pelas substâncias bioquímicas que consumimos, mas também pela incorporação aos alimentos de uma carga moral e comportamental que contribui para compor nossa identidade individual e cultural (Contreras e Gracia, 2011).

Por essas questões subjetivas acerca da alimentação, as pesquisas que buscam compreender o comportamento alimentar, investigar os hábitos e tabus, assim como os significados da alimentação, encontram na investigação qualitativa uma ferramenta apropriada. Corroborando nesse sentido, a autora Minayo (2008) descreve a metodologia qualitativa como aquela capaz de incorporar as questões do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, levando em consideração as relações e as estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas, tanto em seu advento quanto em sua transformação, como construções humanas significativas, que, portanto, valorizam as questões de significado.

Em pesquisas do tipo qualitativo, o interesse do pesquisador se volta para a busca do significado das coisas, uma vez que o significado desempenha

papel organizador nos seres humanos. Tais “coisas”, que podem ser experiências, fatos, fenômenos, eventos, manifestações, ocorrências, vivências, ideias ou sentimentos, representam e dão forma à vida das pessoas. De um ponto de vista mais amplo, os significados das “coisas” também passam a ser culturalmente partilhados, organizando, assim, os grupos sociais em torno desses simbolismos e representações (Turato, 2005).

Destacando os marcos da pesquisa qualitativa, Chizzotti (2003) descreve que, na primeira metade do século XX, quando impulsionada pelos estudos socioculturais, a Antropologia procurava investigar como os grupos humanos vivem, partilhando de suas vidas, os locais em que vivem e como dão sentido às suas práticas e imprimem coesão ao seu grupo. O autor cita estudos clássicos da Antropologia, como o trabalho de Malinowski nas ilhas Trobriand, na Melanésia, que descreveu a cultura, a forma de vida, o ambiente, as práticas, os ritos e as celebrações desse povo. O antropólogo coletou essas informações durante sua longa permanência na ilha, participando da vida nativa e procurando compreender o significado do cotidiano. Dessa forma, foi possível a esses estudiosos dar a conotação científica das ciências sociais ao seu relato (Malinowski, 1975). Isso porque a “observação” sobre a vida do outro através de registros, participação e vivência em campo agrega à pesquisa qualitativa formas de investigar as questões sobre subjetividade. Caprara e Landim (2008) identificam que há diversas formas de coleta de dados na pesquisa qualitativa, e uma delas é “a observação direta e/ou a observação participante”, metodologia inicialmente elaborada por Malinowski (1975), segundo a qual o pesquisador participa de eventos sociais e culturais com as pessoas em seus locais de vida.

Um estudo de revisão sobre pesquisas qualitativas em saúde no Brasil aponta que, há quase quatro décadas, teve início a interlocução das ciências sociais e das ciências humanas (Antropologia, Sociologia, Psicologia, Educação, Ciência Política) com a Saúde Pública/Saúde Coletiva, e, mais recentemente, com a Nutrição (Canesqui, 2009).

No caso da Nutrição, o emprego de técnicas qualitativas nos clássicos estudos de comunidade, realizados por sociólogos e antropólogos, investigava, além da organização social, econômica e política das populações rurais e urbanas, a produção, a distribuição e o consumo de alimentos, ao lado de hábitos, tabus, restrições e crenças alimentares de populações ribeirinhas, indígenas, pescadoras e rurais (Canesqui, 1988). Também se investigaram

representações e práticas de consumo, bem como a reprodução da família e as estratégias de sobrevivência, complementares ao Diagnóstico Nacional de Despesas Familiares (Fundação do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 1974/1975), com o emprego de vários instrumentos e procedimentos para a obtenção de dados qualitativos inéditos sobre a família e o consumo alimentar pelos antropólogos, por meio das etnografias de alimentação e nutrição (Canesqui, 1988). Alguns estudos, que, embora não propriamente antropológicos, incorporaram uma parcela do conhecimento dessa área, apresentam destaque para a Nutrição e se encontram, principalmente, nos textos de Ana Maria Canesqui. Essa autora percorre, historicamente, os estudos e as pesquisas realizados no Brasil no campo da Antropologia e da Nutrição.

Na década de 1950, os estudiosos fizeram várias pesquisas sobre alimentação, interessando-se pelo modo de vida das classes populares, incluindo cultura e ideologia. Assim, investigaram as crenças alimentares como regras arraigadas que se impunham a determinados grupos, como, por exemplo, a mulheres no pós-parto ou pessoas doentes, prescrevendo o consumo de um conjunto de alimentos qualificados como “carregados”, “leves”, “quentes” e “frios”. No entanto, esses estudiosos não se investigavam, em minúcias, a explicação sobre a origem dessas categorias (Canesqui, 1988).

Nesse itinerário, Canesqui observa o aumento do número de pesquisas na área qualitativa desde a década de 1980, com etnografias que investigavam as representações do corpo, da saúde e da doença ou das representações de saúde e doença, incluindo alimentação. A partir da segunda metade da década de 1990, a Associação Brasileira de Antropologia promoveu várias discussões no Grupo de Trabalho sobre Comida e Simbolismo, articulando temas modernos e antigos no debate intelectual. Assim, entre os pesquisadores, eram investigados com maior frequência temas como: regionalismos culinários; comida e simbolismo; religião e cozinha; hábitos alimentares de grupos específicos; mudança no perfil de consumo promovido pelo marketing; explosão de *fast-food* e reorganização da comensalidade na sociedade urbano-industrial (Canesqui, 2005).

Canesqui (2005) destaca autores, temáticas e referenciais importantes no cenário de pesquisa da alimentação e da nutrição em um contexto social e antropológico. Aborda também os estudos de comunidade que sintetizaram os objetos dos primeiros estudos antropológicos no Brasil, principalmente entre negros, brancos e indígenas, e que focaram a dimensão cultural da ali-

mentação, que se manifesta por meio de crenças e tabus (proibições). Esse tipo de análise ordena os hábitos alimentares, acrescentando ou não modos de acesso aos alimentos e sua relação com a sobrevivência e a reprodução, ou seja, fatores de infraestrutura econômica da sociedade. Esse é um exemplo de estudos que exemplificam a Antropologia por uma perspectiva estruturalista, sob a concepção das classificações alimentares, das proibições e dos tabus associados ao sistema de crenças. Tais formas de agrupamentos alimentares classificavam alguns alimentos como “fortes”, “frios”, “quentes” e “reimosos”, cujo consumo, em algumas categorias de pessoas (idosos, gestantes, mulheres durante o ciclo menstrual), estava proibido, formando uma espécie de classificação simbólica e complexa, referida aos alimentos e ao ritual, integrando a visão de mundo daquela população (Canesqui, 2005; DaMatta, 1983).

Otávio Velho (1977), contudo, parte da ideia de que, entre os alimentos, a natureza e a sociedade, há uma relação que, antes de configurar formas de pensamento, remete às formas concretas e historicizadas, sugerindo, dessa maneira, a busca dos vários princípios classificatórios que presidem os hábitos alimentares e se opoem à estruturação de modelos ordenadores prévios desses princípios. De acordo com Velho, tais sistemas classificatórios agregam um conjunto de princípios ordenadores que conduzem às concepções individuais de saúde e doença nos diferentes grupos sociais e à relação entre alimentação e sistema biológico humano. Descarta, dessa forma, o caráter de um sistema único classificatório determinante dos hábitos alimentares (Velho, 1977; Canesqui, 2005).

Segundo Canesqui (1976), os estudos se concentraram na categoria “comida”, constituindo o núcleo de um conjunto de representações. A autora pesquisou a classificação dos alimentos a partir das dimensões de condições sociais, revelando uma “comida de rico” e outra de “pobre”. Esse entendimento está ligado, em uma de suas dimensões, a determinações das condições materiais. Dessa forma, a “comida de pobre” servia simbolicamente para pensar as diferenças sociais postas entre as diversas camadas de classe econômica. Entre os mais pobres, estavam ainda os “pobrezinhos” e “mendigos”, excluídos do acesso e dependentes da solidariedade social para garantir sua alimentação. Determinados alimentos, como, por exemplo, a carne, também distinguem simbolicamente entre “comida de pobre” e “comida de rico”, sendo tomados como parâmetro para agrupar pessoas e as respectivas diferenças de riqueza, poder e prosperidade na sociedade (Canesqui, 1976).

Vivian Braga (2004) chama a atenção para os significados da alimentação, principalmente aqueles que traduzem a identidade de um grupo social, que é uma questão central no debate acerca de cultura alimentar, cidadania e prerrogativas de segurança alimentar e nutricional. Braga afirma que os hábitos alimentares fazem parte de um sistema cultural repleto de símbolos, significados e classificações, de modo que nenhum alimento está descolado das associações culturais que lhe são atribuídas pela sociedade. Nesse caminho, vale dizer que tais associações determinam aquilo que comemos e bebemos, bem como o que é comestível e o que não é. Outro aspecto da cultura alimentar diz respeito àquilo que dá sentido às escolhas e aos hábitos alimentares: as identidades sociais. Tratando-se de escolhas modernas ou tradicionais, o comportamento relativo à comida está diretamente associado ao sentido que conferimos a nós mesmos e à nossa identidade social (Braga, 2004).

O método etnográfico e a técnica de observação participante: teoria e prática na sala de espera de um serviço público de saúde

Os espaços de saúde são “bons para etnografar” não só porque permitem vislumbrar noções de corpo, saúde e doença, como também contextos mais amplos, evidenciando, muitas vezes, fatos sociais totais (Fleischer e Ferreira, 2014, p. 13)

O método etnográfico possibilita ao investigador compreender as práticas culturais dentro de um contexto social mais amplo, estabelecendo relações entre fenômenos específicos e determinada visão de mundo (Victora et al., 2000). Isso implica uma forma de olhar, de apreender e de interpretar a realidade por uma perspectiva não estática da realidade social (Knauth, 2010). Tradicionalmente, esse método se baseia nos estudos de Malinowski (1975) e Radcliffe Brown (1973). O primeiro buscou as bases institucionais da cultura que derivam das necessidades vitais, enquanto o segundo procurou as leis e regularidades do funcionamento da sociedade.

A técnica de observação participante tem por objetivo descrever, em detalhes, as situações sociais cotidianas dos observados, das quais o pesquisador participa, registrando os “imponderáveis da vida cotidiana”. Assim, busca-se entender o funcionamento daquela sociedade por meio da dinâmica social, sem a intervenção direta do pesquisador. Como propõe

Malinowski (1986), há anotações sobre regularidades (eventos rotineiros) e variações (excepcionais) da vida cotidiana; não somente detalhes de acontecimentos, mas as ações dos sujeitos envolvidos em determinadas situações sociais. Essas anotações integram o diário de campo, no qual se registram todas as informações do cotidiano dos indivíduos. Os comportamentos (postura corporal, toque, contato visual), o ambiente (local interno ou externo, relação das pessoas com o espaço, distância em relação ao pesquisador), a linguagem (verbal, não verbal e tom de voz), sequência e temporalidade (ciclos, momentos) e os relacionamentos (pessoas-observador, entre os participantes) que ocorrem nos eventos também são dados fundamentais que devem ser registrados, com vistas a auxiliar a análise e a interpretação (Victora et al., 2000).

Essa técnica não pressupõe o distanciamento total do pesquisador; pelo contrário, há interação entre o pesquisador e os sujeitos observados no contexto em que vivem, o que obriga o pesquisador a lidar com o “outro”, em um constante exercício de respeito à alteridade, admitindo e valorizando o convívio e o intercâmbio de experiências através dos sentidos humanos: olhar, falar, sentir, vivenciar, experimentar (Fernandes e Moreira, 2013). Dessa forma, a observação participante oferece uma análise que oscila entre os eventos singulares e sua representação em uma realidade mais ampla (Clifford, 2008).

O cenário

O presente relato etnográfico diz respeito a uma pesquisa em curso que busca as representações sociais acerca do direito humano à alimentação adequada entre indivíduos atendidos em um ambulatório de nutrição de um serviço público de saúde. Com essa finalidade, propôs-se uma fase exploratória desse cenário de pesquisa, que é a sala de espera do ambulatório de nutrição de uma policlínica pública do município do Rio de Janeiro.

Nessa clínica, o serviço de atendimento nutricional à população teve início em 1982, quando a unidade ainda estava sob a responsabilidade do Ministério da Saúde, razão pela qual as pessoas que ali trabalham são funcionários públicos federais. Naquela época, 12 nutricionistas atuavam na unidade, em várias esferas: atendimento ambulatorial, atividades educativas em grupos nas diversas especialidades e administração do serviço de alimentação

e nutrição, responsável pelas refeições dos pacientes internados e dos profissionais que ali exercem seu ofício.

O atendimento ambulatorial abrangia especialidades como ginecologia e obstetrícia, endocrinologia e clínica médica, com a formação de grupos educativos e o desenvolvimento de programas específicos. Entretanto, após algumas transferências e aposentadorias, houve uma redução do número de nutricionistas e, hoje, a instituição conta com apenas dois desses profissionais com vínculo federal e um com vínculo municipal. Diante desse escasso contingente de profissionais, foram encerradas as atividades em programas específicos e, em consequência, houve redução do número de pacientes atendidos no ambulatório. Atualmente, permanece o encaminhamento de pacientes, mas isso ocorre, prioritariamente, pela clínica médica, em decorrência de diagnósticos como excesso de peso e/ou obesidade, diabetes tipos I e II, hipertensão arterial e dislipidemia. As consultas são marcadas através do Sistema Nacional de Regulação (Sisreg) e exigem o encaminhamento de um médico do Sistema Único de Saúde (SUS) do município do Rio de Janeiro.

Para o desenvolvimento da pesquisa, a proposta metodológica inicial consistiu em realizar um “estudo exploratório” *in loco*, com o objetivo de conhecer o local, estabelecer relações e identificar eventuais informantes-chave e colaboradores. Além disso, essa etapa buscou naturalizar a presença do pesquisador em campo para, desse modo, conforme William Foote-Whyte (1980) orienta, iniciar um processo de aceitação pelo estabelecimento de relações pessoais. Também buscou-se reconhecer possíveis desafios na pesquisa. De acordo com Minayo (2012), esse processo de se dirigir informalmente ao cenário de pesquisa busca observar os processos que nele ocorrem sem pretensão formal, visando ampliar o grau de segurança em relação à abordagem do objeto. Essa fase da pesquisa transcorreu no primeiro semestre de 2015. As primeiras notas e impressões, descritas neste texto, buscam compartilhar as inquietudes, os desafios e as experiências da metodologia qualitativa a partir do método etnográfico e da técnica de observação participante. Os relatos e ensaios aqui descritos dizem respeito aos aspectos já observados.

Aprendendo a observar e participar

O início dessa aventura etnográfica se deu com a leitura de vasto material sobre o assunto, inclusive o livro *Etnografias em serviços de saúde* (Fer-

reira e Fleischer, 2014), que apresenta diversas experiências desse método em pesquisas de saúde. Além disso, o maior desafio consistiu na prática da observação participante na sala de espera, pois, para mim, ainda não estava claro como se daria o ato de “observar e participar”. A leitura que veio sanar esse dilema foi um livro de Guber (2001), que descreve, em detalhes, as atividades de observação e participação. De acordo com essa autora, participar seria “agir como fazem os nativos, aprender a realizar determinadas atividades”, enfatizando a experiência do pesquisador como “estar dentro” da sociedade estudada. Já no extremo oposto, ou seja, na observação, o pesquisador se posiciona fora da sociedade, fazendo suas inscrições de acordo com um registro detalhado do que vê e ouve. O conflito do que significa observar também é descrito por Bonet (2004), em pesquisa etnográfica realizada em um hospital-escola, na Argentina.

De minha parte, confesso que, em minhas primeiras incursões em campo, observei muito mais do que participei. Assim, a consulta recorrente a essas referências permitiu-se construir um saber teórico que, junto com a coleta de dados, transformou as visitas iniciais em um primoroso laboratório de “saber e fazer”, despertando, portanto, diversas impressões.

Não foi a primeira vez que estive na Policlínica, porém recordo-me de não ter sido fácil o acesso a essa instituição. Resido no bairro da Tijuca e uso transporte público a partir da Praça Saens Peña, região central do bairro. Algumas vezes, fui de metrô; outras, de ônibus. Em certas ocasiões, usei duas conduções; noutras, decidi percorrer a pé uma parte do caminho. Decidi fazer determinado itinerário, pegar um ônibus próximo à Praça Saens Peña e caminhar umas cinco quadras até a Policlínica. No caminho, o ônibus passa pela comunidade do Jacaré, uma favela que conta com a presença de policiais militares. Nesse percurso, meu ônibus foi abordado pelos policiais, que já ingressaram com armas em punho, revistando todos os passageiros. O coletivo ainda passa por regiões que têm moradores de rua e lixões, bem como por uma unidade de Clínica da Família denominada Victor Valla, em Mangueinhos, e pela Cidade da Polícia. O trecho que percorro a pé passa por baixo da Linha Amarela e tem uma boa vista para o teleférico do Complexo do Alemão – muito lixo e moradores de rua também são “cenários” constantes nessa região. Esse trajeto, nas primeiras vezes, não me era agradável e deixava claro, para uma estudante “não carioca”, as desigualdades do município do Rio de Janeiro, conhecido como Cidade Maravilhosa. Dessa maneira,

o próprio deslocamento para a Policlínica já é um processo de observação participante, principalmente porque as pessoas com quem tenho contato na sala de espera vivem nas vizinhanças daquela realidade social. Nesse sentido, acredito que esse meu olhar “não carioca”, ou seja, “exótico”, em relação às condições de vida, saúde e segurança das diversas regiões da cidade é muito importante, pois há uma desnaturalização do que os nativos consideram familiar e exótico.

O espaço físico da Policlínica lembra um labirinto: a unidade inteira é um único pavimento antigo, feito de blocos na cor cinza e cercado por um pequeno gramado no estacionamento. Chamou minha atenção o símbolo do Inamps (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social) gravado em ferro no portão de entrada, o que demonstra quão antiga é a unidade. Na entrada principal, há uma espécie de *hall* com bancos de plástico, quatro fileiras, em média, e um grande balcão para atendimento. A unidade, assim como todo o serviço público de saúde, foi orientada a “humanizar” o atendimento, buscando eliminar grades, divisórias e filas (Brasil, 2010). Na lateral esquerda, encontra-se a Farmácia Popular, local em que se distribuem medicamentos, e, do lado direito, há uma sala menor, destinada ao “acolhimento”, e um grande corredor. Na parede desse grande corredor, existem grandes letreiros coloridos, que ocupam praticamente toda a altura da parede. Esses letreiros informam as alas e as respectivas especialidades. Na Ala 8, de cor azul, em um dos últimos corredores da unidade, encontra-se o ambulatório de nutrição. Uma lanchonete e um auditório também se situam nesse corredor. Os funcionários utilizam outro corredor que dá acesso à parte interna da Policlínica. Chega-se a esse corredor atravessando a Ala 4.

A Ala 8 abriga as especialidades de Pneumologia, Grupo de Diabetes e, bem ao fundo, Nutrição, o que denota certa divisão hierárquica espacial e simbólica. No fim do corredor, está a recepção da Nutrição, que, ao fundo, dá passagem para o corredor de acesso dos funcionários.

A Sala de Espera do Ambulatório de Nutrição (SEAN) conta com aproximadamente 12 assentos, número variável, pois as funcionárias da limpeza distribuem as cadeiras de plástico de forma diversa. Em geral, a luz é natural, porque existem janelas amplas que estão constantemente abertas, além de alguns ventiladores que auxiliam na circulação do ar; as paredes são brancas e o chão, escuro. Através dessas janelas, é possível observar o pequeno jardim que

separa uma ala da outra. A mobília é antiga, e os assentos de plástico, pouco confortáveis. Na SEAN, há quatro cartazes afixados na parede e um grande mural que fica de frente para os pacientes que aguardam atendimento. Os cartazes discorrem sobre “importância da água”, “temperos naturais”, “adoçantes” e “orientações sobre alimentação saudável do *Novo guia alimentar*” (mesmo tema do mural). Em alguns momentos, observo que os pacientes e os acompanhantes, enquanto aguardam atendimento, leem os cartazes. No entanto, os avisos sobre marcação de consultas afixados no vidro da recepção não são lidos com muita frequência. As principais diferenças entre os dois materiais informativos são o tamanho e as cores: enquanto os murais e os cartazes são mais coloridos e de maior tamanho, os avisos são redigidos em papel A4 branco, com letras pretas.

A recepção da SEAN é uma pequena sala no fim do corredor da Ala 8, com alguns avisos pregados bem na frente. Há uma divisória de vidro e uma fresta, na parte inferior, para a entrega de fichas e documentos para o atendimento. Dentro da recepção, há um balcão, duas cadeiras e um ventilador. O atendimento, por sua vez, acontece apenas na sala de número 9, pois as outras duas salas ali existentes estão sempre fechadas. Há também um banheiro para uso dos pacientes da unidade.

O processo de trabalho e atendimento

No serviço de Nutrição, há quatro funcionários administrativos, aos quais vou denominar pelas letras aleatórias “C”, “L”, “G” e “R”; duas nutricionistas que atendem no ambulatório, a quem vou denominar por “A” e “B”; e a nutricionista supervisora, que administra o serviço, a quem vou chamar pela letra “N”.

Em geral, a recepção fica sem funcionários, pois eles ficam em atividade interna. Porém, de vez em quando, um deles aparece na recepção e dá andamento às necessidades. Em sua maioria, os pacientes entregam as fichas de marcação e são orientados a caminhar até outro corredor, a fim de retirar seus prontuários; às vezes, porém, os próprios recepcionistas realizam essa tarefa. Em casos de marcação de consulta pela primeira vez no ambulatório, os pacientes devem apresentar o encaminhamento do médico, o cartão do SUS e o prontuário da Policlínica; só então, eles são encaminhados à Ala 4, onde ocorrem as marcações de “primeira vez”.

Em meados de 2014, o processo de marcação de consulta foi alterado. O Sistema Nacional de Regulação (Sisreg) é um sistema on-line que visa gerenciar todo o complexo regulatório, da rede básica à internação hospitalar. Esse sistema, de acordo com o Ministério da Saúde, tem em vista a humanização dos serviços, o maior controle do fluxo e a otimização no emprego dos recursos. Como foi implantado na Policlínica, houve necessidade de se mudarem as antigas regras de marcação de consultas. Uma questão frequente arguida pelos usuários do serviço é a falta de informações precisas sobre o processo, como, por exemplo, quais documentos devem ser apresentados e onde. Uma paciente se manifestou da seguinte forma sobre o Sisreg: “Ninguém sabe o que é isso”, queixando-se das informações conflituosas e, com frequência, imprecisas. Em outras palavras, o que seria uma forma de democratizar e “humanizar” o atendimento é interpretado pelos usuários como uma barreira.

Outra questão que incomoda os usuários, gerando muita reclamação, é a demora em aparecer um funcionário na recepção que dirima as dúvidas e as demandas daqueles que ali chegam. Essa ausência já durou até uma hora, obrigando o usuário a esperar por todo esse tempo para obter uma informação. Quanto maior é o tempo de ausência da recepcionista, maior é a insatisfação dos usuários. Há comentários no sentido de que os funcionários estão “jogando conversa fora ou tomando cafezinho”, o que atesta a má qualidade do serviço prestado. Essas circunstâncias sempre conduzem a assuntos como a incompetência e a morosidade do serviço público, e, não raro, os usuários comparam a atual Policlínica com aquela que conheciam alguns anos atrás, afirmando coisas como: “Aqui não era assim. Isso aqui tem piorado muito”. Nos momentos em que não há funcionários na recepção, os próprios pacientes na sala de espera dão orientação sobre documentos e datas de marcação àqueles que chegam em busca de informação. Os pacientes também conversam sobre a ordem na fila de espera: “Quem é o próximo?” ou “Qual é a ordem de entrada?”. Assim, com frequência, essas falas levam os próprios pacientes a se organizarem.

O atendimento da nutricionista é individualizado, e o paciente entra na sala por ordem de chegada. Os horários são marcados individualmente, porém, quando chegam, deixam seu cartão com a recepcionista e aguardam a chamada. A nutricionista, sempre vestindo jaleco branco, chama os pacientes pelo nome ou solicita a quem saiu do consultório que chame o próximo. Observo que alguns desses pacientes estão em tratamento há alguns anos e gostam da

nutricionista que os acompanha. Algumas vezes, dizem: “Ahh... a nutricionista A é muito boazinha”. As consultas podem variar de dez a trinta minutos, dependendo do motivo da consulta, e alguns dizem: “Só vim mostrar o exame”. Outros, contudo, alertam: “A primeira consulta demora à beça”.

A “estudante” e os pacientes

Ao chegar à unidade, eu procurava sentar nos bancos do fundo, mas essa estratégia, que, inicialmente, eu considerava “natural”, não se mostrou tão natural assim. No fundo da sala, eu tinha ampla visão da SEAN e dos pacientes, os quais ficavam de costas para mim. Dessa forma, intuitivamente, pretendia observar a todos, e também deixar que as conversas fluíssem naturalmente. No início, busquei reduzir o impacto de minha presença, porém isso não aconteceu. Logo, dei-me conta de que, quando alguém era chamado pelo nome para que se organizasse a entrada, algumas pessoas me indagavam: “Você chegou depois de mim?” ou “Quem você está esperando?”. Eu não sabia como responder a essas perguntas. Assim, no início, informava que não estava aguardando atendimento, pois queria apenas “falar com a nutricionista”. No entanto, nas últimas vezes, limitei-me a responder: “Não estou aguardando atendimento”.

Certa vez, uma senhora, observando que eu escrevia em um caderno, perguntou-me: “Você está fazendo dever de casa?”. Minha resposta imediata foi: “Sim, estou fazendo atividades da faculdade”. E ela continuou: “Você veio aqui na nutricionista para engordar? Ah, quando eu era novinha, era magrinha assim!”. Então, respondi a ela: “Não, não estou aguardando atendimento”. Esse dia me despertou para dois “fatos”. Em primeiro lugar, minha presença naquele local deveria ter algum motivo, pois minhas roupas, minhas atividades, ou seja, tudo que eu fazia era observado pelos “nativos”. Assim, eu era “identificada” como estudante. E, em segundo lugar, eu sou magra, e essa característica não é comum naquele ambiente.

De fato, “estudante” era minha “identidade” nesse tipo de ambiente. Sempre visto calças jeans e mochila, carrego caderno e, com certa frequência, anoto alguma coisa nele, o que certamente ajuda na construção dessa identidade. Em outra ocasião, observei que não fui identificada como paciente: ninguém me perguntou se eu ia me consultar ou se era a próxima da fila. Isso também me fez refletir: “O que não fazia de mim um paciente em po-

tencial?”. Talvez pelos motivos já indicados ou por eu não ter apresentado nenhum documento na recepção ao chegar, ou ainda por não reivindicar meu lugar na ordem de atendimento.

Esse contato de campo entre os “nativos” e o “pesquisador” também foi problematizado por Malinowski (1986), ao relatar que o pesquisador deve viver na “aldeia” e observar a rotina até se tornar “despercebido”. Assim, aos poucos, minha presença ali foi naturalizada, tanto por mim como por eles, e até mesmo pelos funcionários. Quando os pacientes e funcionários passaram a me ver constantemente naquele local, minha presença se tornou natural, ou seja, não fazia diferença o fato de eu ser paciente ou não.

Na pesquisa de Castro-Vianez e Brandão (2015), em um hospital-escola do Rio de Janeiro, são relatados os desafios dessa observação em uma sala de espera. A presença da pesquisadora nesse ambiente também gerou conflito, principalmente entre os profissionais de saúde, como a autora relata: “Quando abriam a porta do consultório para chamar um usuário e me viam sentada, correspondiam com um ‘sorriso amarelo’”. Em outro momento, ela foi questionada sobre o que fazia durante toda a manhã no meio dos usuários e o que escrevia. Pessoalmente, deparo com questionamentos semelhantes, embora, com frequência, isso parta dos pacientes, e não dos profissionais de saúde. Castro-Vianez e Brandão (2015) também relatam a escolha de ficar lá no fundo ou no meio da sala de espera, pois, nesses pontos, é possível observar todos os gestos, conversas, silêncios e posições (se os pacientes estão sentados ou de pé). Observo que, na pesquisa realizada, a experiência da observação participante na sala de espera foi complemento essencial para as observações e anotações já feitas pela pesquisadora no diário de campo.

As impressões sobre alimentação, direitos e saúde

O assunto “alimentação” era mencionado algumas vezes na sala de espera, embora essa frequência não tenha sido tão grande quanto eu imaginava. Em uma das ocasiões, assisti a uma longa conversa entre uns cinco pacientes sobre comida associada ao passado ou ao local em que comiam: “Eu gostava de morar na roça. Adorava pegar manga, umbu... Vinha com aquela bolsa cheia”. Noutra ocasião, testemunhei a mesma referência: “Por isso eu gosto da comida da roça”. Porém, a maior parte das conversas sobre alimentação

remete a tratamento, alimentos “bons” ou “ruins”, ou sobre a subversão da alimentação estabelecida.

Certa vez, uma senhora mencionou que a nutricionista “não sabia da metade do que ela comia”, e descreveu que essa metade era aquilo que não era considerado adequado a seu tratamento, ou seja, a metade “inadequada” era omitida durante a consulta. A senhora ria ao contar sua “estripulia”, como classificou a moça que a acompanhava. Achados semelhantes foram encontrados no estudo de revisão entre diabéticos, com relatos de transgressão e desejo alimentar (Costa et al., 2011). Outra paciente disse, a respeito de suas restrições, que a comida da qual mais sentia falta era “torresmo”: “Estou doida para comer um torresmo, mas estou evitando, assim como carne de porco”. Em outros relatos, observa-se que o sucesso da terapia nutricional está associado à perda de peso e ao controle daquilo que é possível consumir e em qual quantidade. Esse êxito está relacionado, de alguma forma, com a capacidade do nutricionista, o qual é classificado como “bom” ou não.

Uma jovem, certa vez, relatou que fizera dieta por muito tempo e, embora tenha seguido à risca a prescrição da nutricionista da Clínica da Família, no sentido de “cortar” açúcar, massa, refrigerantes e fritura, não emagreceu, necessitando de medicamento. Esses relatos estão em consonância com o que Camossa et al. (2012) observaram acerca das representações do nutricionista como um prescritor de dietas.

Os temas de discussão também giram em torno do atendimento no que se refere a bons e maus médicos. Esses profissionais sempre são avaliados por sua capacidade relacional e “humana”: “Uma médica assim não é humana”. Essas assertivas se caracterizam pelo potencial de acolhimento e humanização na prestação do serviço, e também são contempladas na linguagem dos direitos. Certa vez, uma paciente relatou estar aguardando havia dois anos um exame oftalmológico: “Eu sei que quem tem hipertensão como eu tem direito a fazer um exame de vista por ano”. Então, a paciente que dialogava com ela respondeu: “Tem direito no papel, né?! Sabe o que você faz (para ter o exame realizado)? Vai lá no hospital (que deveria realizar o exame), paga uma taxa e consegue mais rápido”. Em outro ponto da conversa, a paciente reclama do atendimento médico e do sumiço de alguns exames, relatando uma situação em que foi mal atendida. A outra paciente, então, disse: “Nesse caso, você já sabe o que fazer: chama o repórter que rapidinho funciona”.

Ou seja, observa-se, nessas conversas, que se tenta um caminho para a exigibilidade e o acesso ao direito à saúde.

Em outra ocasião, uma acompanhante levava ao atendimento nutricional um jovem deficiente mental. Na entrega dos documentos, a mulher informou à recepcionista, em tom mais alto que o habitual naquele ambiente, que o jovem era “especial” e, portanto, deveria ser atendido na frente dos demais. A nutricionista, então, atendeu o jovem antes dos demais pacientes, ou seja, houve “prioridade” por causa da sua deficiência. Destaca-se, aqui, a forma como essa prioridade foi garantida: apresentando a condição do jovem à recepcionista em tom elevado e enfatizando o dever do atendimento prioritário. Ferreira e Espírito Santo (2012) já observaram como os usuários e pacientes dos serviços de saúde recorrem a várias estratégias, inclusive a do conflito, para ter acesso ao atendimento.

Nos exemplos citados, a exigência do direito foi expressa pela indignação em forma de denúncia pública nos meios de comunicação de massa ou pela comunicação àqueles que estavam presente na sala de espera. Essas estratégias vinculam-se à demanda por justiça, no sentido de requerer, ou seja, de exigir seus direitos.

Considerações finais

A alimentação e a nutrição consistem em um fato indiscutivelmente biológico, psicológico e cultural. Nessa condição, o campo interdisciplinar recebe contribuição das ciências sociais e humanas, bem como da biomedicina. Revelar as práticas e todas as interações relacionadas a esse fato complexo requer diversas metodologias. A pesquisa qualitativa torna-se importante ferramenta para elucidar questões subjetivas e imensuráveis. O método etnográfico destaca-se pela possibilidade de produzir o conhecimento através de novas lentes, com o exercício constante da reflexividade e do distanciamento.

As experiências no cotidiano da sala de espera de um ambulatório de nutrição, vivenciando o desafio do método etnográfico, revelam a constante necessidade do diálogo com referências e relatos de pesquisa semelhantes.

Observa-se que é na sala de espera que se trava o primeiro contato entre os pacientes, os quais, em sua maioria, embora não se conheçam, entabulam assuntos em comum. Nesse momento, é possível compreender questões acerca de saúde, doença, alimentação e direito à saúde e à alimentação. Boa parte

das conversas gira em torno dos motivos que os levaram até ali: o processo de saúde e doença, seus diagnósticos e tratamentos. Ou ainda assuntos que dizem respeito ao fato de estar ali: marcação de consulta, o serviço público de saúde e suas experiências de atendimento. Por vezes chegam a conversar sobre a rotina pessoal, filhos, netos ou trabalho. Percebe-se que uma questão prevalente é o processo de marcação de consultas, bem como a demora e a qualidade do serviço.

Existem duas formas de mensurar a qualidade do serviço: a marcação da consulta e o tempo para a recepcionista da SEAN atender. O acesso e as condições de atendimento na sala de espera já fazem parte de um conjunto de “direitos” que têm interpretações diversas quando não são respeitados. O alimento e o direito à saúde perpassam questões pessoais, individuais, relatadas em experiências privadas. Essas observações foram e continuam a ser muito valiosas para se conhecerem melhor essas ideias e conceitos, distanciando-se do senso comum e permitindo o primeiro contato com questões do universo empírico. Ao que tudo indica, as noções sobre alimentação como um direito estão mais vinculadas ao acesso ao serviço de nutrição e à respectiva qualidade.

Esta experiência etnográfica reforça a necessidade de haver permanente capacitação dos pesquisadores, pois isso auxilia, de forma significativa, a análise e a compreensão holística de saúde, alimentação e nutrição.

Referências

- BONET, O. “A experiência de campo”. In BONET, O. *Saber e sentir: uma etnografia da aprendizagem da biomedicina*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004, pp. 17-21.
- BRAGA, V. “Cultura alimentar: contribuições da antropologia da alimentação”. *Saúde em Revista*, v. 6, n. 13, 2004, pp. 37-44.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Acolhimento nas práticas de produção de saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.
- CAMOSSA A. C. A. et al. “O fazer teórico-prático do nutricionista na estratégia saúde da família: representações sociais dos profissionais das equipes”. *Rev. Nutr.*, v. 25, n. 1, 2012, pp. 89-106.
- CANESQUI, A. M. *Comida de rico, comida de pobre: um estudo sobre alimentação num bairro popular* (tese). Universidade Estadual de Campinas, 1976.
- . “Antropologia e alimentação”. *Rev. Saúde Pública*, v. 22, n. 3, 1988, pp. 207-16.

- . “Comentários sobre os estudos antropológicos da alimentação”. In ____ e GARCIA, R. W. D. (orgs.). *Antropologia e nutrição: um diálogo possível*. Rio de Janeiro, Brasil: Fiocruz, 2005, p. 306. (Coleção Antropologia e Saúde)
- . “Pesquisas qualitativas em nutrição e alimentação”. *Rev. Nutr.*, v. 22, n. 1, 2009, pp. 125-39.
- CAPRARA, A. e LANDIM, L. P. “Ethnography: its uses, potentials and limits within health research”. *Interface – Comunic., Saúde, Educ.*, v. 12, n. 25, 2008, pp. 363-76.
- CASTRO-VIANEZ, P. S. e BRANDÃO E. R. “Desafios éticos, metodológicos e pessoais/profissionais do fazer etnográfico em um serviço público de saúde para atendimento aos transtornos alimentares na cidade do Rio de Janeiro”. *Saúde Soc.*, São Paulo, v. 1, n. 24, 2015, pp. 259-72.
- CHIZZOTTI, A. “A pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais: evolução e desafios”. *Revista Portuguesa de Educação*, v. 12, n. 2, 2003, pp. 221-36.
- CLIFFORD, J. “Sobre a autoridade etnográfica”. In GONÇALVES, J. R. S. (org.). *A experiência etnográfica: antropologia e literatura no século XX*. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2008.
- CONTRERAS, J. e GRACIA, M. *Alimentação, sociedade e cultura*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.
- COSTA J. A. et al. “Promoção da saúde e diabetes: discutindo a adesão e a motivação de indivíduos diabéticos participantes de programas de saúde”. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n. 3, 2011, pp. 2001-9.
- DAMATTA, R. *Relativizando: uma introdução à antropologia social*. Petrópolis: Vozes, 1983.
- FERNANDES, F. M. B. e MOREIRA, M. R. “Considerações metodológicas sobre as possibilidades de aplicação da técnica de observação participante na Saúde Coletiva”. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 23, 2013, pp. 511-29.
- FERREIRA, J. e ESPÍRITO SANTO, W. “Os percursos da cura: abordagem antropológica sobre os itinerários terapêuticos dos moradores do complexo de favelas de Manguinhos, Rio de Janeiro”. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, v. 22, n. 1, 2012, pp. 179-98.
- e FLEISCHER, S. (orgs.). *Etnografias em serviços de saúde*. Rio de Janeiro: Garamond, 2014.
- FREITAS, M. C. S. et al. “Sobre o campo da alimentação e nutrição na perspectiva das teorias compreensivas”. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 1, n. 16, 2011, pp. 31-8.
- GUBER, R. *La etnografía, método, campo y reflexividad*. Bogotá: Grupo Editorial Norma, 2001.
- KNAUTH, D. “A etnografia na saúde coletiva: desafios e perspectivas”. In SCHUCH P. et al. (orgs.). *Experiências, dilemas e desafios do fazer etnográfico contemporâneo*. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2010, pp. 109-214.
- MALINOWSKI, B. *Uma teoria científica da cultura*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1975.
- . “Introdução: o assunto, o método e o objetivo desta investigação”. In DURHAM, E. R. (org.). *Malinowski*. São Paulo: Ática, 1986, pp. 24-48.
- MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2008.
- . “Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade”. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, 2012, pp. 621-26.
- MINTZ, S. W. “Comida e antropologia: uma breve revisão”. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, v. 16, n. 47, 2001, pp. 31-42.
- RADCLIFFE-BROWN, A. R. *Estrutura e função na sociedade primitiva*. Petrópolis: Vozes, 1973.

- TURATO, E. R. “Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa”. *Saúde Pública*, v. 39, n. 3, 2005, pp. 507-14.
- VELHO, O. G. *Relatório do Grupo de Pesquisa do Museu Nacional. Projeto Hábitos e Ideologias Alimentares em Camadas de Baixa Renda*. Rio de Janeiro: Museu Nacional, 1977.
- VICTORA, C. G. et al. *Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema*. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.
- WHYTE, W. F. “Treinando a observação participante”. In ZALUAR, A. (org.). *Desvendando máscaras sociais*. São Paulo: Francisco Alves, 1980.