

A princípio, eu imaginava que seria direcionado aos profissionais para uma apresentação formal. No entanto, ao chegar à coordenação de pesquisa, a coordenadora disse: “Seja bem-vindo! Vá em frente; você já possui o crachá e pode acessar os espaços do hospital para iniciar sua pesquisa.” Nesse momento, pensei como iria começar a fazer a pesquisa sem conhecer nenhum desses profissionais. Contudo, agradei as boas-vindas e comecei a circular pelo hospital com a blusa de botão branca. Mantive o crachá no bolso da blusa, deixando-o visível. Ele continha a informação: “Pesquisador UFPB”, indicando o período de validade: “de 20/12/2019 a 20/12/2020, podendo ser renovado pelo mesmo período, se necessário.”

Rapidamente, uma funcionária do hospital perguntou-me: “Você começou hoje? estou vendo você transitando no hospital”. Respondi que sim, e comecei a falar do meu projeto. Com cuidado, ela aconselhou que o *botton* de Lula Livre, que estava na minha bolsa (uma bolsa pequena de lado), poderia me prejudicar ao chegar a alguns profissionais, e era melhor fazer a retirada dele, pois teria a possibilidade de existir divergência política, e seria melhor evitar. Agradei o conselho, e no mesmo momento fiz a retirada do *botton*, guardando a bolsa no setor de pesquisa.

Pelos corredores, sem saber ao certo o que iria fazer naquele dia, comecei a observar o ambiente. Olhava os lenços e as máscaras nos pacientes de câncer (neles, a máscara era um artefato ligado a uma condição específica de saúde, e não um item de uso corriqueiro como se tornou depois do advento da Covid-19). Via os olhares: fixos, distantes e molhados; o sorriso era extremamente limitado. De repente, peguei-me escutando diálogos sobre os seus processos com o corpo, em especial sobre os cabelos que estavam caindo e, quando dei por mim, os meus olhos estavam molhados.

Uma paciente aproximou-se e sentou-se ao meu lado, eu estava sentado dentro da lanchonete privada que existe dentro do hospital. Ela começou a tomar um café e perguntou: “O açúcar causa câncer?” Ela mesma respondeu que era um mistério, mas também afirmou que o açúcar não faz o câncer crescer, mesmo assim, decidi não tomar mais açúcar. Em seguida, ela perguntou: “Você não vai tomar um café?” Eu disse que sim. Peguei o café, e ela fez uma nova pergunta: “Você veio pesquisar o quê?” Eu respondi que estava estudando as práticas dos profissionais da saúde no hospital de câncer. Ela, então, disse-me que estava me observando. Sentir-me observado em campo



foi uma situação que acontecia com frequência. Roberto Cardoso de Oliveira (1998) relata que, ao mesmo tempo em que observamos, estamos sendo observados. Também Ferreira (2009, p. 449-450) afirma que “não somos nós apenas que estamos observando o outro, mas estamos também sendo observados”.

A observação, no decorrer da pesquisa, estendeu-se também aos profissionais da saúde, e não apenas aos pacientes. De volta à minha interação na cafeteria, a paciente perguntou se poderia pagar meu café para que eu me sentisse melhor. Agradei, e ela comentou que precisava ir para a consulta. Essa primeira situação em campo remeteu a debates sobre a observação do pesquisador, antropologia reversa, ao questionamento da condição dicotômica de *nós* e os *outros*, a partir da apreensão desse *outro* sobre nós (WAGNER, 2010; MALUF, 2010).

Logo depois desse breve encontro, subi as rampas e comecei a andar pelas enfermarias, tentando apreender a rotina do hospital. Meu objetivo era me familiarizar e explorar os espaços do campo, mas, na minha mente, surgiam constantemente os seguintes questionamentos: “Com quem devo falar?” “Qual setor devo procurar?” “Como devo chegar lá?” “Está tudo certo com o questionário?” O fato é que não me sentia confortável em falar com as pessoas, pois eu não tinha sido apresentado, e não sabia como abordar os profissionais. Assim, eu estava me sentindo um *outsider* (ELIAS; SCOTSON, 2000), quando, do nada, escutei um grito alto de um paciente ecoando nos corredores de parede cinza daquela enfermaria: “Eu vou morrer!” Localizei a origem daquele grito e vi o acompanhante do paciente chamando os técnicos de enfermagem, que logo foram socorrê-lo. Os gritos não paravam, e nesse momento de angústia, falei com minhas amigas/os do mestrado no grupo do *WhatsApp* sobre o que estava acontecendo.

Passei ainda um tempo sentado no sofá do hospital, e em seguida escutei dois funcionários dizendo: “Aqui é um cemitério de pessoas vivas”. Intencionalmente paradoxal (pois um cemitério, por definição, não pode ser de *pessoas vivas*), essa frase dos funcionários do hospital condensa o caráter de liminaridade de algumas das salas que observei, onde vida e morte se entrelaçam. Esses dois funcionários estavam saindo da enfermaria 26, onde, naquele momento, havia pacientes com *miíase*, uma infecção de pele causada por *bichos*, em sua grande maioria com a presença de larvas de moscas ou *tapurus*. Mesmo com o cuidado do corpo em vida, existe a consciência da inevitabilidade

da decomposição. Alguns pacientes experimentam a rigidez cadavérica, afundamento dos olhos e um odor fétido no corpo, entre outros sinais. Já ouvi inúmeras vezes no hospital a expressão: “O câncer mata aos poucos, consumindo o corpo em vida.” Portanto, essa enfermaria acaba sendo *temida*, e há um rodízio entre os técnicos de enfermagem como uma medida de proteção devido ao contato direto com esses corpos.

Assim como Malinowski, nada tinha para fazer a não ser iniciar imediatamente meu trabalho etnográfico, e foi o que eu fiz no primeiro dia de observação. Percebi que era necessário estabelecer os espaços onde iriam começar minhas entrevistas, porém, como não tinha sido apresentado para ninguém, esperei o campo mostrar os caminhos que precisava seguir. Não tinha notado o poder em minha mão, que era o crachá.

Ao voltar à sala de estudos, a coordenadora perguntou como tinha sido minha primeira experiência. Eu comentei que ainda precisava me articular com os profissionais, pois até então, havia apenas conhecido o espaço. Ao mencionar isso, ela indicou quais eram os profissionais especializados em cuidados paliativos e ofereceu-se para me acompanhar na visita aos diversos ambientes do hospital. Convém ressaltar que a experiência em conhecer o hospital sem ser direcionado imediatamente para os profissionais foi importante para eu sentir como seriam as minhas rotinas futuras.

Traçando a metodologia: o fazer pesquisa em serviços de saúde

Se você quer compreender o que é ciência, você deve olhar, em primeiro lugar, não para as suas teorias ou as suas descobertas, e certamente não para o que seus apologistas dizem sobre ela; você deve ver o que os praticantes da ciência fazem. Em antropologia ou, de qualquer forma, em antropologia social, o que os praticantes fazem é a etnografia. E é justamente ao compreender o que é a etnografia, ou mais exatamente, o que é a prática da etnografia, é que se pode começar a entender o que representa a análise antropológica como forma de conhecimento (GEERTZ, 1989, p. 15).

Essa citação de Geertz destaca a importância da pesquisa de campo, da observação participante e da imersão no contexto cultural. Esses elementos são essenciais para a compreensão do que constitui uma etnografia. A construção deste trabalho, inicialmente, foi dividida em três relatos etnográficos. O primeiro refere-se ao levantamento bibliográfico, uma das práticas fundamentais para compreender os discursos de estudo abordados. O segundo momento é a relação dos autores para pensar o método utilizado na



pesquisa. Estudar práticas dos profissionais da saúde tem um suporte na etnografia hospitalar, e para isso, as estratégias na coleta dos dados para a construção da dissertação foram: entrevistas semiestruturadas baseadas em roteiro de entrevista, observação participante no ambiente hospitalar e conversas informais. Como técnicas de registro, foram utilizados diário de campo, bloco de anotações, gravação nas entrevistas semiestruturadas e posterior transcrição, desenhos e fotografias. Soraya Fleischer discorre sobre a relevância de fazer etnografia em hospitais afirmando que, sob a perspectiva etnográfica, os ambientes hospitalares 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, 2014, p. 13).

Etnografar esse espaço, contudo, trouxe alguns desafios para os quais foi de grande auxílio a leitura de textos contemporâneos, mas também de etnografias clássicas. Apesar do século que me separa dela, a obra de Malinowski (1984) colabora para uma melhor descrição de uma pesquisa de campo. Utilizei as suas técnicas etnográficas na construção do trabalho, as quais foram extremamente necessárias para alcançar os meus objetivos. Uma das primeiras recomendações de Malinowski é a necessidade de aprender a língua dos nativos, permitindo prescindir de tradutores e obter conhecimento em primeira mão. Ao estudarmos em nossa sociedade de origem, essa indicação pode parecer desnecessária. No entanto, aprender os *códigos dos nativos* foi essencial para a continuidade da minha pesquisa. Assim como Malinowski relata as possíveis dificuldades no campo, com muitas tentativas sem sucesso, minhas primeiras entrevistas também foram desafiadoras. Eu não tinha conhecimento dos termos específicos e nem sabia os melhores horários para estabelecer contato.

As primeiras dificuldades na comunicação com meus interlocutores foram as terminologias. Destaco que esse foi meu primeiro sentimento de distanciamento do espaço, termos que eu não sabia nem escrever para procurar depois. A solução era gravar um áudio com a palavra ou perguntar o que seria aquele termo, pois como estava em meus primeiros contatos, não queria ser *malvisto*. Outra solução era realizar uma pesquisa no Google Explorer para compreender o significado das palavras técnicas utilizadas no processo de tratamento ou os termos técnicos específicos.



Outro aspecto que demorei a compreender foram os códigos corporais (gestos), sem falas, só apenas números e letras desconexas que facilitam a comunicação interna entre os profissionais antes de comunicar para os familiares o que está acontecendo. Esses códigos são extremamente confidenciais e não fui autorizado a escrever sobre o significado deles, só posso elucidar que são números e letras aparentemente ilógicos ou gestos corpóreos com as mãos. Na pesquisa de Seminotti (2013), a utilização de jargões facilita que os profissionais falem da morte como uma questão técnica, assim, evitando o evento que pode gerar dor.

Na medida em que fui entendendo o significado desses códigos, isso auxiliou enormemente nas entrevistas semiestruturadas e no acompanhamento das práticas dos profissionais da saúde, cooperando para uma comunicação extensa. Com isso, a etnografia começa a ganhar as dimensões do “vivido, pensado e expresso” (PEIRANO, 1995, p. 278).

Com as entrevistas, busquei entender como se dá a divisão do trabalho e como se faz a definição das diferentes responsabilidades por parte dos membros da equipe, e se é seguido o protocolo oficial do hospital com os pacientes em cuidados paliativos portadores de câncer.

A entrevista semiestruturada foi utilizada de acordo com o pensamento de Minayo (2013, p. 64): “semiestruturada, que combina perguntas fechadas e abertas, em que o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada”. Quero destacar que houve uma grande diferença na forma como o roteiro de entrevista funcionou quando aplicado junto às médicas e aos demais profissionais de saúde. No caso das médicas, elas pediam que eu encaminhasse previamente o roteiro e acompanhavam minhas questões, optando por seguir à risca a entrevista. Quando eu tentava fazer alguma outra pergunta, em decorrência de alguma resposta recebida, elas me remetiam de volta ao roteiro: “Esta pergunta não está no roteiro”. Já junto aos demais profissionais, o roteiro serviu como um guia, o que permitiu um tipo de interação muito mais próxima da conversa.

Em geral, as entrevistas foram conduzidas nos respectivos setores de cada profissional, e em alguns momentos nos corredores, respeitando os limites de disponibilidade de cada um em relação ao tempo disponível para as entrevistas. Alguns profissionais pediram que eu entrevistasse seus coordenadores, enquanto outros vieram



diretamente ao meu encontro, expressando interesse em participar. Mais uma vez, é preciso destacar a diferença no modo como ocorreu o agendamento e a realização de entrevistas com os diversos profissionais. Nas entrevistas com as médicas, enfrentei longas esperas, chegando a levar vários “chás de cadeira”. Em algumas situações, a espera prolongada não se concretizava como planejado, e eu ficava em uma fila de espera até chegar a minha vez. Isso diferiu da abordagem dos demais profissionais da pesquisa, que tentavam acomodar a participação nas entrevistas de uma maneira mais negociada e flexível comigo. Embora não seja este o momento de me aprofundar no assunto, ficou bastante evidente como a hierarquia profissional se desdobrava numa hierarquia dos tempos, o que me fez lembrar a arguta análise de Pierre Bourdieu sobre tempo e poder:

A espera é uma das maneiras privilegiadas de experimentar o poder e o vínculo entre o tempo e o poder — seria preciso arrolar e submeter à análise todas as condutas associadas ao exercício de um poder sobre o tempo dos outros, quer do lado do poderoso (adiar para mais tarde, remanchar, fazer esperar, protelar, contemporizar, diferir, postergar, chegar atrasado, ou, ao contrário, precipitar, atalhar), quer do lado do “paciente”, como se diz no universo médico, um dos lugares por excelência da espera ansiosa e impotente. A espera implica em submissão: mira interessada de uma coisa altamente desejada, ela modifica duravelmente, ou seja, durante todo o tempo em que dura a expectativa, a conduta daquele que está, como se diz, em suspenso pela decisão esperada (BOURDIEU, 2001, p. 279).

A citação de Pierre Bourdieu (2001) destaca a relação entre o tempo e o poder, especificamente por meio do conceito de espera, na qual, a espera implica em submissão. A espera é apresentada como uma maneira pela qual o poder se manifesta, tanto do ponto de vista de quem exerce o poder, como os médicos, quanto daquele que está sujeito a ele.

Outro ponto relevante foi o recrutamento dos profissionais, realizado por meio de abordagem direta, com o suporte e orientação do setor de pesquisa do hospital. Isso contribuiu para um mapeamento inicial dos profissionais. A abordagem direta foi realizada em momentos nos quais os profissionais não fossem prejudicados em seu ambiente de atendimento. Para que não houvesse prejuízo às atividades dos profissionais e/ou à vida privada deles, as entrevistas foram realizadas no hospital, sendo previamente agendadas em horário oportuno. Mesmo assim, devido à dinâmica da rotina hospitalar, houve momentos em que não consegui realizar uma entrevista devido a chamados profissionais de urgência.

As entrevistas seguiram um roteiro dividido em três partes: a identificação pessoal e profissional, contendo o nome (caso desejar), idade, nacionalidade ou naturalidade e



formação; o procedimento de trabalho; e, para finalizar, as experiências com pacientes em cuidados paliativos. Todas as entrevistas tiveram a assinatura no TCLE, comprovando a consciência do entrevistado que estaria participando de uma pesquisa com a finalidade acadêmica, como também deixei esclarecido sobre o anonimato.

É preciso ressaltar que o gravador foi primordial nesse processo, “objetivando garantir a autenticidade dos depoimentos representados pela fala dos entrevistados e transcritas” (PIANA, 2009, p. 179). As gravações eram feitas com autorização prévia dos interlocutores, mas alguns não aceitaram que a entrevista fosse gravada. Nesses casos, precisei anotar as informações reveladas em meu caderno de anotações.

Na medida em que as entrevistas com/sem gravações estavam sendo realizadas, o diário de campo era levado como apoio, *auxiliando e elaborando as impressões* (FLEISCHER; FERREIRA, 2014), já que a gravação não registra tudo que ocorre numa interação entre duas ou mais pessoas. Para Weber, é no diário de campo que se exerce plenamente a *disciplina* etnográfica: deve-se aí relacionar os eventos observados ou compartilhados e acumular, assim, os materiais para analisar as práticas (WEBER, 2009, p. 158-159).

Houve momentos em que percebi que levar o diário nas entrevistas estava atrapalhando, pois os interlocutores que não aceitavam a gravação perguntavam sobre as minhas anotações. A partir daí, comecei a levar um pequeno caderno para anotar palavras-chave, e na folha de entrevista, deixava as interlocutoras escrever o que achavam importante.

Quando acabava a entrevista, ia para um espaço reservado no hospital e mandava um áudio para meu *WhatsApp* reforçando as respostas. Era indispensável esse procedimento da utilização do diário de campo em lugares estratégicos. Além desse momento, ocorriam as estratégias de observação que precisaram ser desenvolvidas para dar alguma sistematicidade à observação do cotidiano.

Deste modo, comecei a focar em alguns pacientes e, em seguida, direcionava-me para os profissionais da saúde que cuidava desses pacientes. Isso me permitiu observar os fluxos e compreender como era a rotina dentro do hospital. Durante a observação, usava meu bloco de anotações ou fazia mapas mentais de situações que aconteciam e que não poderiam ser anotadas no momento. Nessas situações, as conversas eram mais fluidas, pois percebia outras questões que não tinha demarcado no roteiro. Os profissionais começaram



a compartilhar comigo fotografias, objetos e notícias que foram matérias importantes e que utilizei ao longo do trabalho.

Esse processo de observação participante no campo foi planejado para acontecer no período de um ano, de 20 de dezembro de 2019 a 20 de dezembro de 2021. Porém, com a situação provocada pela Covid-19, tive que interromper as idas ao hospital pelas medidas de isolamento social, o que será detalhado posteriormente. Os horários em que poderia fazer a pesquisa estavam liberados pela instituição. A princípio, eu ia apenas duas vezes por semana, chegando por volta das 8h00 e saindo às 14h00, ou chegava à tarde, por volta das 12h00, e saía às 17h00. Depois, a partir de conversas com minha orientadora, foi necessário ter uma concentração maior em idas ao campo. Na reunião, questionei dizendo que era um “ambiente pesado”², mas percebi que para estabelecer relações e vivenciar as práticas seria necessário enfrentar esse incômodo e integrá-lo ao próprio material reflexivo. Comecei, então, a intensificar minha presença no campo, o que auxiliou minha aproximação com os profissionais. Comecei a saber quais os espaços deveria visitar no dia seguinte e a perceber discursos comuns entre os profissionais. Deste modo, passei a frequentar o hospital de segunda a sábado, um mínimo de quatro vezes na semana. Os horários eram totalmente diferentes durante a semana, porque eu fazia agendamento prévio com os profissionais. Minhas idas intensivas ao campo foram cruciais no período de isolamento social, pois já tinha um material para traçar, planejar e começar a escrever a dissertação.

Entre trocas e provas iniciáticas: pesquisar “com” e não “em”

Na segunda visita ao hospital, já com o crachá, entrei em contato com o setor da coordenação de enfermagem. Chegando à sala, a coordenadora estava fazendo triagem com a equipe de enfermagem, que é o processo que determina as formas de tratamento dos pacientes com base em sua situação. Quando, por fim, pôde me dar atenção, a coordenadora fez a seguinte indagação sobre minha pesquisa: “Você está fazendo essa pesquisa apenas pelo certificado ou pensa em colaborar com a instituição? Porque tem muita gente que acaba passando aqui, fazendo pesquisa e nem trazer os resultados para equipe faz.”

² A qualificação do lugar como um “ambiente pesado” é feita pelos profissionais de saúde.



Mais uma vez, ecoavam em mim as discussões sobre negociações em campo, sobre ética e devolução da pesquisa, tantas vezes apresentadas em aulas de metodologia. Respondi que estava aberto para colaborar com o hospital, e foi, então, que ela me apresentou à estrutura do hospital e me informou sobre as alas onde se encontravam os pacientes em cuidados paliativos: as enfermarias 25, 26 e mais uma enfermaria no setor infantil. Logo percebi que esses seriam os espaços de realização da minha pesquisa. A coordenadora também me deu o nome dos profissionais que fizeram uma especialização em cuidados paliativos, o que iria me ajudar bastante na seleção dos meus interlocutores. Já sentia o caminho que precisava trilhar para conhecer e me aproximar.

Depois dessa conversa inicial, a coordenadora me lançou o primeiro desafio para mostrar que, efetivamente, eu estava ali para trocar e não apenas para extrair informações: ministrar uma oficina com os profissionais do hospital nas *Quintas do Saber*, que são encontros periódicos, realizados no hospital, visando a troca de experiências, oficinas, minicurso, palestras etc. para fortalecer o aprendizado das equipes. A proposta inicial, feita pela coordenadora, era que eu pudesse ministrar um treinamento de como os profissionais da saúde tinham que se relacionar com os pacientes em cuidados paliativos. Porém, eu disse que não estava capacitado para isso e que minha pesquisa poderia ser prejudicada, pois não poderia treinar a equipe sobre práticas que eu próprio precisava ainda compreender. Foi então que a coordenadora disse: “Você não é formado em serviço social?”, engano bastante comum que me deu a oportunidade de discutir com ela a diferença entre serviço social e ciências sociais. Como alternativa possível, lancei a proposta de fazer uma roda de conversa sobre as práticas com pacientes em cuidados paliativos no âmbito hospitalar. A proposta foi aprovada e marquei o encontro para o dia 27 de abril de 2020, no auditório do hospital no centro de estudos, às 14h00.

O dia da oficina: socializando com os interlocutores

No mês de janeiro, no dia 18, a coordenadora mandou uma mensagem via *WhatsApp* perguntando se era viável antecipar minha oficina do dia 27 de abril de 2020 para o dia 23 de fevereiro. Confirmei que poderia fazer essa antecipação, porém nem eu nem ela percebemos que o dia da mudança caía num domingo e não na quinta. Três dias depois, no dia 23 de janeiro, às 13h40min, recebi uma ligação do hospital informando-



me que o auditório já estava preparado, já tinha profissionais esperando e me perguntando se era necessário providenciar equipamentos eletrônicos para a roda de conversa. Argumentei que havíamos combinado de fazer a oficina no mês de fevereiro, mas apesar de terem reconhecido o engano, disseram estar precisando de mim naquele momento. A *solução* foi adiar em meia hora o encontro, começando então às 14h30.

Entre o instante em que fiquei sabendo que precisava organizar uma roda de diálogo e a chegada ao campo, transcorreu menos de meia hora de intensa ansiedade. Nesse momento, contentar o campo era o objetivo, senti que o erro era meu também por não ter conferido o dia da semana em meu calendário. Temia *ficar malvisto* e percebi que havia ficado em uma situação embaraçosa, como diz o ditado popular: “uma saia justa”. Mas como nos ensinaram Fleischer e Bonetti (2007), às *saias justas, jogos de cintura!*

No percurso ao hospital lembrei-me de uma oficina que assisti no 8º Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde (ABRASCO), realizado em João Pessoa, na UFPB, com o título: *Morte, uma lição de vida: lidar com o morrer no trabalho de saúde*. A oficina foi realizada em formato de cenas, e um dos objetivos era descrever a relação da morte mais intensa em seu ambiente de trabalho. Naquela ocasião, percebi que foi muito útil estimular os profissionais que estavam na oficina a escrever ou desenhar sobre essas experiências, então resolvi seguir o mesmo plano para a oficina no hospital. Quando cheguei ao hospital, a coordenadora de enfermagem falou: “Muito bom contar com você”. Naquele momento, senti que houve um reconhecimento do campo, e apesar do erro nas datas, pude perceber a relevância de fazer a oficina. A ocasião também me levou a pensar na importância de ter recursos acumulados para situações imprevistas no campo, revelando o caráter dinâmico da vida social e, portanto, do fazer etnográfico.

Quando cheguei à sala de reuniões, antes das 14h30, os profissionais já tinham saído e aos poucos foram retornando. Eram em torno de 15 profissionais em sua maioria da área de enfermagem. Rasguei algumas folhas do meu diário de campo e peguei as canetas no meu estojo, que foram os materiais utilizados na roda de conversa, além do computador e das caixas de som.



Quando as pessoas começaram a chegar, desliguei a luz, coloquei uma música para relaxar e para preparar uma atmosfera de concentração³. Após essa vivência, aos poucos acendi a luz, os profissionais foram abrindo os olhos, e iniciamos uma roda de apresentação. Comecei me apresentando, falando do meu projeto e o que estava realizando no hospital. Todos os profissionais presentes começaram a se apresentar e falaram o que faziam no hospital. Nesses relatos, ficou nítido que os profissionais da saúde, no tempo presente no hospital, não se permitiam pensar em si mesmos, fazendo com que, naquele momento, narrassem suas emoções dentro de um hospital de câncer, já que as rotinas profissionais lhes impediam de refletir sobre sua vida. Policieei-me para que em nenhum instante a atividade fosse vista como um processo terapêutico, e sim um momento vivencial com uma facilitação de interação grupal/social.

Nesse momento, fiquei pensando como o controle das emoções, demonstrado por esses profissionais, pode ser visto como estratégia biopolítica ou como normalização dos corpos para manter os sujeitos centrados naquilo que é importante para garantir a continuidade e a manutenção da vida em sociedade e suas relações (CORDEIRO, 2013), “pois demonstrar o que sente pode ser visto como um sentimento de fraqueza, né?”, como afirmou uma técnica de enfermagem durante a oficina.

Depois da rodada de apresentação, entreguei folha de papel e caneta. O objetivo da dinâmica era desenhar ou escrever um acontecimento no hospital em relação aos pacientes em cuidados paliativos e compartilhar com o grupo. Todos fizeram os desenhos, e no momento em que estavam desenhando, ficavam conversando entre si, afirmando que não sabiam desenhar; foi quando expliquei que o desenho era apenas um guia para ativar a memória e o primeiro pensamento que vinha na cabeça para auxiliar na apresentação.

É importante destacar que a atividade de realização dos desenhos, que é desenvolvida na antropologia no século XX como instrumento de reflexão por meio de um potencial de descrição (AZEVEDO, 2016), deu-se pela dinâmica do campo, e não foi pensada no projeto inicial, tornando-se, todavia, fundamental para os caminhos que precisava trilhar. De acordo com Pires (2007), os desenhos podem funcionar como um

³ Por eu ser licenciado em ciências sociais, aprendi que as dinâmicas em grupo colaboram para *quebrar o gelo* e fazer com que o grupo esteja na mesma sintonia. Na dinâmica descrita acima, decidi colocar uma música relaxante, que incorporava o som das ondas do mar e o canto dos pássaros. Essa escolha visava criar uma atmosfera de concentração, permitindo que os participantes se desconectassem um pouco da rotina do hospital.

guia para a observação participante. Com os desenhos à mão, “é possível direcionar o olhar para a realidade de acordo com os tópicos levantados pela população estudada” (PIRES, 2007, p. 236). Esse foi o auxílio dos desenhos nesta experiência de pesquisa. Eles levaram para espaços dos pacientes, que são os espaços de trabalho desses profissionais, os objetos do hospital que precisavam olhar e o sistema ritualístico demonstrado nos desenhos.

A figura 1 mostra a sequência das atividades da oficina, após o momento inicial com as músicas e a apresentação. A produção dos desenhos durou por volta de 20 minutos, enquanto a apresentação dos desenhos e os relatos de suas experiências, que foi feita em seguida, variou de 5 a 25 minutos. Ao final, os profissionais agradeceram a oficina e disseram que eu poderia procurá-los em seus setores para continuar com a pesquisa, caso necessário. Afirmar que com certeza procuraria.

Figura 1 – Mesa redonda



Fonte: Arquivo do autor (2020).

Nove profissionais me permitiram ficar com os desenhos para utilizar na dissertação, o restante não se sentiu confortável e decidiu não apresentar os desenhos. Esse foi um dos acordos éticos da pesquisa: tanto na roda de conversa quanto nas entrevistas, quando o sujeito sentiu algum desconforto em responder alguma questão, poderia passar para outra questão ou desistir de participar. Eles desistindo em participar, suas informações

não foram consideradas. Na roda de conversa aconteceu o único momento que teve uma desistência de conversar sobre o tema. A entrevista individual pareceu ser mais confortável para os profissionais da saúde.

Peguei, então, os nove desenhos e, quando fui recolher as minhas canetas, uma participante da oficina disse: “Posso ficar? Te dou o desenho e tu me dá a caneta, essa caneta é boa, gostei da escrita”. Rindo pela situação, disse-lhe que aceitava a troca e, com isso, mais duas pessoas resolveram ficar com minhas canetas: três canetas por nove desenhos! Não teve como a situação não me remeter às trocas de Malinowski (1984) com os trobriandeses, quando o antropólogo realizou doações de tabaco como uma forma de aproximação e para ser aceito como um *mal necessário* pelo grupo. A troca anedótica de canetas por desenhos foi a materialização dos muitos momentos em que ocorreram trocas em campo. Essas trocas não se limitaram apenas a canetas, mas envolveram meu papel como agente político, comparecendo às manifestações em apoio aos pacientes, contribuindo com recursos para a manutenção e realização de eventos e, por fim, até mesmo com o corpo, como na doação de sangue com o intuito de salvar vidas.

“Retornar com máscara”: campo durante a pandemia

Como ocorreu a tantos outros pesquisadores, minha pesquisa de campo foi suspensa no mês de março de 2020, quando a OMS declarou o estado de pandemia por conta da Covid-19, e os diversos estados brasileiros começaram a decretar medidas sanitárias para evitar a propagação do novo coronavírus. Fui informado sobre a suspensão do campo por meio das redes sociais do HNL. A pandemia de COVID-19 impactou significativamente o campo, resultando na morte de uma profissional e na aposentadoria de vários outros, especialmente devido à idade.

A partir do mês de setembro de 2020, o hospital começou a planejar o retorno gradual para os pesquisadores e estagiários ativos, dividindo-nos nas seguintes categorias: primeiro, os que estavam em processo de formação e precisavam da carga horária para finalização do curso; e segundo, os que estavam finalizando as pesquisas. Acabei sendo selecionado na segunda categoria, meu período no hospital estava previsto para finalizar em dezembro de 2020.



Não estava me sentindo confortável para retornar ao campo, pois percebia que o afrouxamento do *isolamento social* estava tendo relação direta com o aumento de casos de coronavírus no período de setembro, que foi quando recebi do hospital o comunicado de retorno. Nos meses de setembro a novembro de 2020, o Ministério da Saúde (MS) estava sem titular efetivo, as eleições municipais estavam acontecendo de modo presencial e as medidas preconizadas para diminuir o contágio pelo coronavírus, como lavar as mãos e evitar aglomerações, não pareciam ser mais uma preocupação geral; praias e bares estavam lotados. Mesmo após o decreto 40.242 do Governo da Paraíba, que determina o uso obrigatório de máscaras em ambientes públicos, muitas pessoas circulavam sem máscaras pelas ruas e até em espaços fechados. Não por acaso, eu acabei contraindo Covid-19 e tive vários dos sintomas compatíveis com a doença: febre, coriza, dor de garganta e cabeça, dor nos olhos, perda de olfato e paladar.

Seguindo os protocolos clínicos do MS e da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), procurei minha unidade do Programa de Saúde da Família (PSF) para informar os sintomas presencialmente. A médica pediu para aguardar doze dias após o primeiro sintoma para a realização da testagem, que deu positivo. Por causa disso, precisei ficar mais tempo em quarentena para passar o período de contágio.

Passando esse período, e já com anticorpos, o que me deixou mais seguro para retornar ao ambiente hospitalar, contactei a nova coordenadora do núcleo de pesquisa (a anterior havia se aposentado) para combinar minha volta ao campo. A nova funcionária informou que eu precisava retornar urgente para conversar sobre a logística do meu retorno e, entre risos, me disse: “Venha e deixe de preguiça”. Mesmo ela afirmando que se tratava de uma brincadeira, fiquei refletindo sobre como seria esse meu retorno com essa nova gestão.

Chegando ao hospital, na segunda-feira seguinte da ligação no mês de outubro, foi necessário um novo parecer do diretor geral do hospital para saber como seria meu acesso ao campo e o tempo que teria para continuar com a pesquisa. Entreguei toda a documentação novamente, e no parecer oral, fui informado que meu prazo não seria prorrogado, devendo finalizar minha pesquisa em dezembro. Entretanto, com esse parecer, veio uma palavra solta no discurso da funcionária que me acusou de 'irresponsável' por não ter retornado em setembro, a qual respondi que, nesse mês, eu tinha contraído o coronavírus,



logo teria sido impossível retornar. Fui, então, aconselhado a conversar com o diretor e me dirigi imediatamente à sala dele, onde acabei enfrentando um longo *chá de cadeira*.

Ao ser finalmente atendido, percebi novamente que estava sendo taxado de irresponsável por não ter retornado no prazo. Depois de explicar toda a situação e de me comprometer a apresentar o comprovante dos exames, percebi que não era uma questão apenas sobre ser irresponsável, e sim sobre ser um pesquisador de humanas no ambiente de saúde. O discurso era o seguinte: os estudantes e profissionais da saúde sabiam da sua missão, sem problematizações, o que não ocorre com os de humanas. Nesse momento, percebi que o que estava ocorrendo comigo não era outra coisa senão a expressão do poder médico. Turner (1987, p. 157) destaca que “o hospital não é só uma instituição crucial nos sistemas de saúde modernos, mas simboliza também o poder social da profissão médica, representando a institucionalização dos conhecimentos médicos especializados”. A conversa não foi agradável, constantemente percebia o caráter hierárquico em sua fala, porém, depois de muita argumentação da minha parte, consegui prorrogação do prazo no hospital até março de 2021.

Depois de toda essa conversa sobre prazos no campo, recebi orientações sobre como seria minha rotina no hospital: não poderia ir todos os dias, obtive permissão para ir entre três a quatro dias e precisava sempre usar máscara. Além das blusas, que agora tinham uma padronização, recebi orientações sobre as padronizações das máscaras, que deveriam ser brancas, neutras. Quanto ao manejo das máscaras, fui informado de que, antes de tocar na máscara, era necessário limpar as mãos com um higienizador à base de álcool ou água e sabão e, após o uso, para retirar a máscara, deveria remover as presilhas elásticas por trás das orelhas sem tocar na roupa. Além das regras para o uso das máscaras, eu fazia o teste de igG/igM quinzenalmente.

Com isso, no retorno ao campo, percebi que as relações não estavam tão fluídas como no primeiro momento. Por um lado, havia um controle para frear a cadeia de transmissão da doença, e nem a todos os horários do hospital eu tinha mais acesso, isso tudo por uma questão de controle e para evitar possíveis aglomerações. Por outro lado, a interrupção do campo e a mudança de atores-chave também são responsáveis por essa perda de fluidez, mostrando a fragilidade de meu lugar de cientista social frente a *quem tem o poder*, o que me forçou a novas negociações para garantir minha permanência no campo.



Considerações sem finais

Primeiramente, a inserção no campo da pesquisa em saúde, especialmente em um ambiente hospitalar, revelou-se um processo desafiador na elaboração do trabalho. Ao iniciar minhas reflexões sobre as considerações finais, busquei o termo adequado para começar e identificar as principais palavras-chave que definiram o início desta pesquisa de campo. As tensões que permeiam as definições dos limites metodológicos na pesquisa em saúde permanecem presentes e sem uma conclusão definitiva. Isso ilustra o aprendizado de alguém que percebe que encerrar uma atividade é apenas o começo de outra, como um ciclo da vida.

De qualquer forma, sinto-me preso em um ciclo, em uma constante circularidade de movimentos que envolvem motivações, inícios, términos e recomeços. Este artigo teve como objetivo principal a compreensão das abordagens metodológicas empregadas em minha dissertação. Trata-se de uma primeira exploração sistemática dessa abordagem, e devemos reconhecer que o pesquisador em campo está sujeito a várias esferas sociais e dinâmicas ao conduzir a etnografia em serviços de saúde na área das humanidades.

Em segundo lugar, a dimensão ética desta pesquisa foi de extrema relevância ao enfrentamento do pesquisador. Lidar com questões sensíveis relacionadas à saúde e ao sofrimento humano exigiu um compromisso constante com a ética da pesquisa. As preocupações com o consentimento informado, a confidencialidade e o bem-estar dos profissionais da saúde estiveram sempre presentes no andamento da escrita. Cada decisão tomada no campo foi cuidadosamente ponderada sob a ótica dos princípios éticos da ABA — Associação Brasileira de Antropologia. Os desafios éticos enfrentados serviram como bagagem metodológica.

Em resumo, esta pesquisa proporcionou uma visão sobre os desafios e questões éticas inerentes à pesquisa em saúde, particularmente no contexto da etnografia hospitalar em serviços de saúde nas humanidades. Através dessa análise, espero que outros pesquisadores possam beneficiar-se das estratégias metodológicas em pesquisa e enfrentar os desafios semelhantes com sensibilidade, reflexão e respeito pelos princípios éticos da pesquisa com seres humanos, contribuindo, assim, para a construção de um corpo de conhecimento cada vez mais ético. Essa reflexão final destaca a complexidade e a evolução



constante da pesquisa acadêmica, na qual o encerramento de uma fase marca o início de outra.

Referências

AZEVEDO, Aina. Desenho e antropologia: recuperação histórica e momento atual. **Cadernos de Arte e Antropologia**, Salvador, v. 5, n. 2, p. 15-32, out. 2016. Disponível em: <https://journals.openedition.org/cadernosaa/1096>. Acesso em: 5 dez. 2023.

BERREMAN, Gerald. Por detrás de muitas máscaras. *In*: GUIMARÃES, Alba Z. (org.). **Desvendando máscaras sociais**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1975. p. 123-174.

BONETTI, Alinne e FLEISCHER, Soraya (org.). **Entre saias justas e jogos de cintura**. Florianópolis: Editora Mulheres, 2007.

BOURDIEU, Pierre. **Meditações pascalianas**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001.

CHAZAN, Lilian Krakowski. Vestindo o jaleco: reflexões sobre a subjetividade e a posição do etnógrafo em ambiente médico. **Revista Cadernos de Campo**, São Paulo, v. 13, n. 13, 2005. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/cadernosdecampo/article/view/50209>. Acesso em: 5 dez. 2023.

CORDEIRO, Franciele Roberta. Do governo dos vivos ao governo dos mortos: discursos que operam para a governamentalidade da morte. **Aquichán**, Bogotá, v. 13, n. 3, p. 442-453, dez. 2013. Disponível em: <https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/2511/html>. Acesso em: 5 dez. 2023.

ELIAS, Norbert; SCOTSON, John. **Os estabelecidos e os Outsiders**: sociologia das relações de poder a partir de uma pequena comunidade. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2000.

FAVRET-SAADA, Jeanne. Ser afetado. **Cadernos de Campo**, São Paulo, v. 13, n. 13, p. 155-161, 2005. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/cadernosdecampo/article/view/50263>. Acesso em: 5 dez. 2023.

FERREIRA, Francirosy Campos Barbosa. Mil e uma noites de experiência etnográfica: uma construção metodológica para pesquisadores-performers da religião. **Etnográfica: Revista do Centro em Rede de Investigação**, Lisboa, v. 13, n. 2, p. 441-464, 2009. Disponível em: <https://journals.openedition.org/etnografica/1166>. Acesso em: 5 dez. 2023.

FLEISCHER, Soraya. **Parteiras, buchudas e aperreios**: uma etnografia do cuidado obstétrico não oficial na cidade de Melgaço. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2011.

FLEISCHER, Soraya; FERREIRA, Jaqueline. **Etnografias em serviços de saúde**. Rio de Janeiro: Garamond, 2014.

FRANCH, Mónica; LONGHI, Márcia; NEVES, Ednalva; SILVA, Luziana Marques Fonseca da. Redes, saberes e trajetórias de pesquisa. Reflexões sobre antropologia e saúde a partir da sorodiscordância para o HIV/Aids. *In*: OLIVEIRA, Kelly Emanuely de; OLIVEIRA, Luciana



Maria Ribeiro de; NEVES, Ednalva Maciel. (org.). Pesquisa e ética na antropologia contemporânea: territorialidade, gênero, saúde e patrimônio. João Pessoa: **Editora UFPB**, 2013. p. 81-116.

GEERTZ, Clifford. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: LTC, 1989.

MALINOVSKI, Bronislaw. **Os argonautas do Pacífico Ocidental**. São Paulo: Editora Abril, 1984.

MALUF, Sônia Weidner. A antropologia reversa e “nós”: alteridade e diferença. **Ilha: Revista de Antropologia**, Florianópolis, v. 12, n. 1, p. 40-56, 2010. Disponível em: <https://encurtador.com.br/pryzG>. Acesso em: 5 dez. 2023.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. (org.) **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Editora Vozes, 2013.

OLIVEIRA, Roberto Cardoso de. **O trabalho do antropólogo**. São Paulo: Editora da Unesp, 1998.

PEIRANO, Mariza G. S. **O poder da etnografia**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1995.

PIRES, Flávia. Ser adulta e pesquisar crianças: explorando possibilidades metodológicas na pesquisa antropológica. **Revista de Antropologia**, São Paulo, v. 50, n. 1, jun. 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ra/a/sRGpwnFNBpDzF9S53sqtzgc/>. Acesso em: 5 dez. 2023.

PIANA, Maria Cristina. **A construção do perfil do assistente social no cenário educacional**. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009. 233p.

SEMINOTTI, Elisa Pinto. **“Qrd à Base Samu!” Etnografia de um serviço de urgência: o Samu – João Pessoa/PB**. 2013. Dissertação (Mestrado em Antropologia) — Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2013.

SILVA, Weverson Bezerra. **“Trabalhar com a morte é não parar de pensar nela”**: estudo antropológico sobre as práticas dos profissionais de saúde do hospital Napoleão Laureano com os pacientes com câncer em cuidados paliativos. 2021. Dissertação (Mestrado em Antropologia) — Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Rio Tinto, 2021.

SILVA, L. M. F. **Caminhos e descaminhos do HIV/Aids na atenção básica: investigando os serviços de saúde em Rio Tinto – PB**. Projeto PIBIC/UFPB, Rio Tinto. 2017.

TURNER, Bryan. **Medical power and social knowledge**. London: Sage, 1987.

WAGNER, Roy. **A invenção da cultura**. Rio de Janeiro: Cosac Naify, 2010.

WEBER, Florence. A entrevista, a pesquisa e o íntimo, ou por que censurar seu diário de campo? **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, v. 15, n. 32, p. 157-170, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ha/a/ZqxMGvJtb5f79JCFzBwcNnz/?lang=pt>. Acesso em: 5 dez. 2023.

WHYTE, William. **Sociedade de esquina**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.

Recebido em: 23/07/2023.

Aceito em: 22/10/2023.

