

# Antropologia da morte e metodologia: Uma etnografia hospitalar no hospital Napoleão Laureano

## Anthropology of death and methodology: A hospital ethnography at Napoleão Laureano hospital

Weverson Bezerra Silva<sup>1</sup>

### Resumo

Neste estudo, abordarei as metodologias empregadas na pesquisa para minha dissertação intitulada "Trabalhar com a morte é não parar de pensar nela": um estudo antropológico sobre as práticas dos profissionais de saúde do Hospital Napoleão Laureano com os pacientes com câncer em cuidados paliativos (SILVA, 2021). O Hospital Napoleão Laureano (HNL) é uma referência no tratamento de câncer na Paraíba. A pesquisa é qualitativa e baseada na observação participante, sob a perspectiva da etnografia hospitalar. Este trabalho tem como objetivo descrever os desafios enfrentados no campo e as questões éticas que permearam a investigação, contribuindo para o entendimento dos obstáculos na construção da dissertação. Por fim, descrevo os eventos que facilitaram minha inserção no hospital, apresento os processos da pesquisa e os agentes sociais investigados.

**Palavras-chave:** antropologia da morte; cuidados paliativos; saúde; hospital; metodologia.

### Abstract

This study delves into the methodologies utilized in the research for my dissertation titled "Engaging with Death: A Continuous Reflection": an anthropological examination of the practices of healthcare professionals at Napoleão Laureano Hospital concerning cancer patients receiving palliative care (SILVA, 2021). Napoleão Laureano Hospital (NLH) stands as a cornerstone in cancer treatment within Paraíba. Employing qualitative methods and adopting a participant observation approach grounded in hospital ethnography, this research aims to elucidate the challenges encountered in the field and the ethical dilemmas inherent in the investigation, thus enriching the comprehension of the hurdles encountered in dissertation construction. Finally, I outline the events facilitating my integration into the hospital milieu, delineate the research procedures, and identify the social actors under scrutiny.

**Keywords:** anthropology of death; palliative care; health; hospital; methodology.

### Resumen

Este estudio aborda las metodologías empleadas en la investigación para mi disertación titulada "Trabajar con la muerte es no dejar de pensar en ella": un estudio antropológico sobre las

---

<sup>1</sup> Doutorando e Mestre em Antropologia (PPGA/UFPB); licenciado e Bacharel em Ciências Sociais, ambos pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Especialista em Tanatologia: sobre a morte e o morrer, Cuidados Paliativos e Antropologia Forense (Educaminas). Membro do Grupo de Pesquisa em Saúde, Sociedade e Cultura (GRUPESSC), Grupo de Estudos em Antropologia da Morte (GEAM) e da Associação Brasileira de Estudos Cemiteriais (ABEC). E-mail: [weversonsilbez@gmail.com](mailto:weversonsilbez@gmail.com)

práticas de los profesionales de la salud del Hospital Napoleão Laureano con pacientes con cáncer en cuidados paliativos (SILVA, 2021). El Hospital Napoleão Laureano (HNL) es una referencia en el tratamiento del cáncer en Paraíba. La investigación es cualitativa y se basa en la observación participante, desde la perspectiva de la etnografía hospitalaria. Este trabajo tiene como objetivo describir los desafíos enfrentados en el campo y los problemas éticos que impregnaron la investigación, contribuyendo a la comprensión de los obstáculos en la construcción de la disertación. Por último, describo los eventos que facilitaron mi inserción en el hospital, presento los procesos de investigación y los agentes sociales investigados.

**Palabras clave:** antropología de la muerte; cuidados paliativos; salud; hospital; metodología.

## Introdução

Nesse trabalho, discorrerei sobre as abordagens metodológicas que foram seguidas na realização da pesquisa no espaço hospitalar, os desafios no campo e as questões éticas que permearam a investigação. Neste momento o artigo colabora no entendimento sobre os desafios que percorri na construção na dissertação no Programa de Pós-Graduação em Antropologia (UFPB). Sigo, assim, as diretrizes de Gerald Berreman (1975), entre outros autores que destacam a importância de descrever as dificuldades encontradas pelo pesquisador no momento de sua inserção no âmbito da pesquisa como uma forma de permitir situar o contexto e as possibilidades de realização de cada estudo etnográfico. Para finalizar esse capítulo, descrevo os acontecimentos que permitiram a minha aproximação com o hospital, apresento os processos da pesquisa e os agentes sociais pesquisados.

A Antropologia da Morte é um campo de estudo multifacetado que se debruça sobre as complexidades culturais, sociais e psicológicas que permeiam o fenômeno social da morte, dos mortos e o morrer (ÀRIES, 1982/1981; ELIAS, 2001; FOUCAULT, 1979; KOURY, 2003/2010; MARTINS, 1983; NEVES, 1998; MENEZES; 2003/2004). Por meio de uma abordagem metodológica etnográfica, este campo busca descrever a entrega do pesquisador no ambiente hospitalar. No entanto, apesar de seu amplo escopo de investigação metodológica, ainda há lacunas significativas na compreensão das dinâmicas que regem a experiência da morte no ambiente de pesquisa, como hospitais.

A proposta de uma etnografia hospitalar no Hospital Napoleão Laureano emerge como uma oportunidade sobre como a morte é vivenciada, negociada e compreendida no contexto institucional da saúde, refletindo na abordagem metodológica e os acordos do campo. Este estudo busca não apenas descrever e analisar as práticas e discursos relacionados à morte dentro

do hospital, mas também interações entre profissionais de saúde com pacientes em cuidados paliativos, pacientes e familiares no enfrentamento entre saúde e adoecimento.

Além disso, uma etnografia hospitalar no Hospital Napoleão Laureano (HNL), pesquisei no ambiente hospitalar, participando ativamente das rotinas, observando interações cotidianas, entrevistando os diferentes atores sociais envolvidos e analisando documentos e registros institucionais. Essa etnografia hospitalar permite compreender as práticas e os acordos do campo.

Desde a elaboração do projeto, tive certeza de que queria realizar uma etnografia hospitalar junto aos profissionais de cuidados paliativos no Hospital Napoleão Laureano. Fleischer e Ferreira (2014, p.13) ressaltam que “a etnografia em serviços de saúde está em constante construção e reformulação.” Desse modo, no trabalho etnográfico em serviços de saúde, o pesquisador/a precisa estar atento para as situações que podem se impor de forma imprevisível, burocrática e desafiadora no período de observação (SILVA, 2017). Já Seminotti (2013), em sua etnografia de um serviço de urgência, o Samu, destaca que a antropologia, quando inserida nesse campo específico de saúde, precisa negociar sua permanência em campo com a perspectiva biomédica, estando em constantes embates com as concepções de vida e morte, saúde e doença.

O hospital como âmbito da pesquisa foi questionado logo na minha entrevista na seleção do mestrado, quando ocorria o processo seletivo na segunda etapa, que foi a análise do projeto. A banca perguntou como iria acessar um hospital de câncer e compreender as relações práticas e técnicas do morrer nesse ambiente – “não é uma coisa fácil entrar, fico pensado no acesso”, disse uma das avaliadoras. Refleti, por um segundo, e no mesmo momento falei os procedimentos de como entrar em um ambiente tão “burocrático”, a partir de experiências de outras pesquisas realizadas por antropólogos em hospitais que destaco posteriormente no decorrer do capítulo.

### **Traçando a metodologia: o fazer antropológico**

A etnografia hospitalar é uma metodologia de pesquisa qualitativa que se concentra na observação participante e na imersão no ambiente hospitalar para compreender as práticas dos profissionais da saúde, interações em ambiente privado e dinâmicas culturais que ocorrem dentro das instituições. Essa abordagem envolve não apenas a coleta de dados por meio de observação participante, mas também a interação com pacientes, familiares e profissionais de saúde, que foi um dos meus focos principais do trabalho.

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:

Sob a perspectiva etnográfica no ambiente hospitalar 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 (1978) colabora para uma melhor descrição de uma pesquisa de campo. Utilizei as suas técnicas etnográficas na construção dessa dissertação, as quais foram extremamente necessárias para alcançar os meus objetivos. Uma das primeiras indicações de Malinowski é que é preciso aprender a língua dos nativos para prescindir de tradutores e assim obter um conhecimento em primeira mão. Quando estudamos na nossa sociedade de origem, pode parecer que essa indicação é desnecessária, porém aprender os “códigos dos ‘nativos’” foi essencial para a continuidade da minha pesquisa. Assim como Malinowski relata que podem existir dificuldades no campo havendo muitas tentativas sem sucesso, também foram dificultadas minhas primeiras entrevistas sem que eu tivesse o conhecimento desses termos, ou até mesmo não sabendo os melhores horários para meu contato.

As primeiras dificuldades na comunicação com meus interlocutores foram as terminologias. Nesse momento destaco que foi meu primeiro sentimento de distanciamento do espaço, termos esses que 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 “mal visto”. Outra solução era fazer uma pesquisa no Google Explorer sobre o significado das palavras técnicas no processo de tratamento ou de nomes técnicos.

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.

À medida 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 nessa pesquisa de acordo com o pensamento de Minayo (2013): “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” (p. 64). Quero destacar que houve uma grande diferença na forma como o roteiro de entrevistas funcionou, na prática, 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 realizadas no setor de cada profissional e em outros momentos nos corredores, respeitando quanto ao tempo de entrevistas os limites de disponibilidade dos profissionais. Alguns profissionais pediram aos seus coordenadores para conceder a entrevista e outros vieram ao meu encontro pedindo para 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 cheguei a levar vários “chás de cadeira”, uma espera de horas que às vezes dava errado, ficava em uma fila de espera até chegar a minha vez, esperava as visitas nas enfermarias e o consultório, diferentemente do que ocorria com os demais profissionais da pesquisa que tentavam acomodar a participação na pesquisa em suas atividades de um modo mais negociado comigo.

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 tinham uma autorização prévia dos interlocutores e alguns não aceitaram realizá-las, e precisei anotar o que me foi revelado em meu caderno de anotações.

À medida que as entrevistas com/sem gravações estavam sendo realizada, 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 (2009):

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, os discursos e as posições dos entrevistados, e também para colocar em dia as relações que foram nutridas entre o etnógrafo e os pesquisados e para objetivar a posição de observador. É, pois, o diário de pesquisa de campo que permitirá não somente descrever e analisar os fenômenos estudados, mas também compreender os lugares que serão relacionados pelos observados ao observador e esclarecer a atitude deste nas interações com aqueles (WEBER, 2009, p. 158-159).

Houve momentos em que percebi que levar o diário nas entrevistas estava atrapalhando, pois o interlocutor que não aceitava a gravação perguntava sobre as minhas anotações, então a partir daí comecei a levar um caderno pequeno de anotações, fazendo anotações de palavras-chave, e na folha de entrevista, deixava a interlocutora escrever.

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. Carneiro (2017), em sua pesquisa com pacientes em cuidados paliativos, relata que a utilização do diário de campo apresentou três funções principais: emotiva, empírica e reflexiva/analítica; visto que as etnografias em espaços de saúde são dinâmicas que envolvem diferentes acontecimentos, e no mesmo percussor de tempo, levamos em outros acontecimentos simultaneamente no qual os registros são fundamentais para a permanência dos dados.

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 me direcionava para os profissionais da saúde que cuidava desses pacientes para assim observar os fluxos e compreender como era essa rotina dentro do hospital. Em todo esse momento de observação usava meu bloco de anotações ou fazia mapas mentais de situações que aconteciam e que não poderia anotar naquele momento. Nesses momentos as conversas eram mais fluidas, pois percebia outras questões que não tinha demarcado no roteiro. Nesse momento os profissionais começaram a me mostrar fotografias, objetos, notícias que foram matérias importantes que utilizei no decorrer da dissertação.

## “Vamos manifestar, cientista social”

Um outro momento que julgo importante na construção da relação com o campo foi quando fui convidado para lutar pela vida, numa manifestação para manter os direitos de pessoas com câncer. Na ocasião, passei a escutar que o “cientista social milita”, expressão dita sempre com simpatia e reconhecimento.

A manifestação em questão aconteceu na frente do hospital contra a não gratuidade de passagens intermunicipal para pessoas com câncer. Os representantes das ONGs da Rede Feminina de Combate ao Câncer e a Associação Donos do Amanhã foram os organizadores e tiveram o auxílio dos voluntários, profissionais, familiares e pacientes.

A organização da manifestação começou por volta das 7 horas da manhã no dia 18 de fevereiro de 2020. Manifestantes estavam com cartazes, carros de som pedindo o retorno da carteirinha gratuita, disponibilizada desde 2010 para as pessoas portadoras do câncer e seus acompanhantes, e que agora tinha sido cortada.

A colagem a seguir mostra os membros das ONGs, os pacientes do Hospital Napoleão Laureano, os profissionais, a comunidade com o auxílio da imprensa. A mobilização interditou a Avenida Capitão José Pessoa, no bairro de Jaguaribe na frente do hospital; a intenção era uma sensibilização do poder público e o retorno do benefício.

**Figura 1:** Manifestação



**Fonte:** Arquivo do autor<sup>2</sup> (2020)

A manifestação teve uma duração de duas horas, seguindo até às 9 horas, devido à situação de saúde dos pacientes. Mostrando que a luta era conjunta, uma paciente com carcinoma

<sup>2</sup> Trabalho fotográfico elaborado pelo autor.

basocelular<sup>3</sup> estava exposta ao sol e fez uma fala sobre o sofrimento de pensar na morte quando soube o diagnóstico do câncer e o Estado deveria ajudar nesse momento de tanta dor.

Depois de cada fala, o grito era constante da luta pela vida: “*Direitos não socorrem aos que dormem, vamos acordar, Paraíba!*”, como também as relações com a religiosidade que estavam presentes em todo segundo nos discursos dos manifestantes enfatizando que só Deus poderia mudar aquela situação. O processo de manifestação estava junto do pensamento de futuro que novos pacientes precisavam daquele benefício e que tudo que acontecia do presente tinha consequência para novas gerações.

Na medida em que a manifestação estava ocorrendo comecei a perceber que esse evento era uma forma de se “pôr no lugar do outro”, visto que, “*esse ato é meu, é seu, é da nossa sociedade, pois pode ser você o próximo*”. O chamado para se “pôr no lugar do outro” visa atuar como um contraponto ao medo da doença e às barreiras simbólicas entre nós/saudáveis e os outros/com câncer, na contribuição para a sensibilidade do fato que estava ocorrendo, como também a solidariedade com os que adoecem. O discurso de um profissional se manifestando no ato relata que:

“Milhares, milhares de famílias dos mais distantes e longínquos espaços do nosso Estado que precisam desse benefício que é mínimo. Desse benefício que já está diluído... são 10 anos sendo concedido a esse objetivo. Com 10 anos já está diluído nos custos das empresas. As empresas não vão ter ganhos, nem perdas nenhuma e nós não podemos permitir que isto aconteça. O nosso objetivo aqui é pedir ao governo do estado da Paraíba, ao Governador João Azevedo, para que ele possa *ter a sensibilidade* de apresentar uma legislação de preferência uma medida provisória que tem efeito imediato para que possa reestabelecer a dignidade, possa reestabelecer a gratuidade dos transportes para todos que estão precisando e nós estamos aqui reunidos, vamos fechar a rua daqui a pouco, para demonstrar ao nosso querido Governador do *Estado o nosso pedido, o nosso apelo, o nosso clamor, para que ele possa entender o movimento, a importância do movimento. Sabe por que, gente? Porque tem muitos agora que não podem vir, então estão correndo sério risco de morte, pessoas que interromperam seu tratamento pela falta dessa passagem, então estão correndo sério risco de morte* Este é o problema que está implantado neste momento e que não será reestabelecido tão rápido se não for por uma medida provisória<sup>4</sup>.

Dada a relevância do seu discurso, podemos perceber três questões: a primeira, o processo de direitos e políticas públicas sobre o grupo que manifesta; segundo, as relações de

---

<sup>3</sup> É o tipo de câncer de pele mais comum, constituindo 70% dos casos - mas, felizmente, é o tipo menos agressivo. Ele leva esse nome por ser um tumor constituído de células basais, comuns da pele. Essas células começam a se multiplicar de forma desordenada, dando origem ao tumor. O carcinoma basocelular apresenta crescimento muito lento, que dificilmente invade outros tecidos e causa metástase. Disponível: <https://www.minhavidacom.br/saude/temas/carcinoma-basocelular>. Acesso em: 16 fev. 2021.

<sup>4</sup> Frase do profissional gravada na manifestação

poder entre o Estado e os pacientes portadores de câncer; e terceiro é a falta do benefício fazendo com que os pacientes não prossigam com seu tratamento e conseqüentemente correm o risco de morte em suas residências<sup>5</sup>.

Conversando informalmente com algumas profissionais que estavam presentes, era perceptível a reflexão que elas faziam sobre a condição do paciente e sobre o percurso dessas viagens para fazer tratamento, que muitas das vezes são longas e precisa do auxílio das Organizações não Governamentais (ONGs), como hospedagem para realização das sessões de quimioterapias ou radioterapia para os moradores que não são da região. É preciso acentuar que, apesar desses trâmites desgastantes, não se pode excluir o desgaste que o corpo fica depois dessas sessões com o efeito dos medicamentos. Medicamentos que nem sempre são disponibilizados gratuitamente devido aos seus “altos custos” ou até mesmo falta no fornecimento.

Estando na manifestação, me permiti refletir a partir da condição de se “pôr no lugar outro”, e que os papéis sociais dos pacientes, profissionais da saúde e voluntários, estão numa conexão, pois as relações estão ligadas não só pela função de cada uma na estrutura do hospital, e sim à condição do indivíduo com câncer. A discussão de Sahra Gibbon (2008) desenvolve uma reflexão sobre *professional activism*, o campo da genética molda as identidades e modelos de ativismo de grupo, como formas coletiva entre os grupos no contexto do ativismo no âmbito da genômica, do câncer de mama e das doenças raras. Salvando as devidas distâncias, também aqui víamos um ativismo profissional lado a lado à luta das pessoas vivendo com câncer e de seus familiares.

Em relação especificamente ao fazer etnográfico naquele contexto de reivindicações coletivas, me alinho com o pensamento de Marcus (2001), que propõe que o antropólogo em determinadas situações atue como um “militante”, se assim identificar para o retorno dos resultados e suas práticas do campo, considerando que para esse pensamento ativista através da qual essa modalidade de pesquisa etnográfica pode articular e projetar perguntas e reflexões. Com isso, ao realizar atividades de militância, acompanhando o seu objeto de estudo, possibilita uma aproximação com o objeto<sup>6</sup>.

Vivenciando esse momento de manifestação em conjunto, comecei a colaborar de uma forma participativa e dinâmica postando o acontecimento em minhas redes sociais, quando uma funcionária do jornal local, G1 da Paraíba, entrou em contato comigo solicitando comunicações e

---

<sup>5</sup> Nesse momento não será debatido questões de políticas em torno das biossociabilidades.

<sup>6</sup> O engajamento do antropólogo com as reivindicações de seus campos de pesquisa faz parte do próprio percurso histórico da antropologia praticada no Brasil (MACHADO; MOTTA; FACCHINI, 2008). No campo da antropologia da saúde, remeto às discussões sobre antropologia implicada propostas por Nunes (2014) e por Neves e Nascimento (2018), este último escrito a partir da experiência do Grupo de Pesquisa em Saúde, Sociedade e Cultura (Grupessc) –, do qual faço parte.

registros fotográficos do protesto. Esses dados geraram uma matéria postando minha fotografia encaminhada do evento.

**Figura 2:** Publicação dos jornais locais



**Fonte:** G1 Paraíba<sup>7</sup> (2020)

No fim da manifestação, ao me direcionar à coordenação de estudos, a coordenadora destacou a relevância da minha participação na manifestação. Ficou evidente para mim que no processo de pesquisa de campo, o antropólogo pode se tornar um sujeito atuante de uma forma direta premeditada, a exemplo da oficina com os profissionais de saúde como de uma forma indireta e não intencional, como foi a repercussão das minhas fotos. Dessa forma, o campo faz transitar por situações sociais proporcionando explorações em profundidade, tendo uma melhor visão dos acontecimentos e percepção do contexto social em que o pesquisador está inserido.

### Atribuído pelo sangue

Estava no lugar do nativo, *agitada pelas 'sensações, percepções e pelos pensamentos'* de quem ocupa um lugar no sistema da feitiçaria. Se afirmo que é preciso aceitar ocupá-lo, em vez de imaginar-se lá, e pela simples razão de que o ali se passa é literalmente inimaginável, *sobretudo para um etnógrafo, habituado a*

<sup>7</sup> **Grupo protesta contra não gratuidade de passagens para pessoas com câncer, na PB**  
Manifestantes se reuniram em frente ao Hospital Napoleão Laureano, em João Pessoa- PB. 2020.  
Disponível em: <https://g1.globo.com/pb/paraiba/noticia/2020/02/18/grupo-protesta-contr-nao-gratuidade-de-passagens-para-pessoas-com-cancer-na-pb.ghtml>. Acesso em: 03 maio 2024.

*trabalhar com representações: quando se está em tal lugar é-se bombardeado por intensidades específicas (chamemo-las de afetos), que geralmente não são significáveis. Esse lugar e as intensidades que lhe são ligadas têm então que ser experimentados: é a única maneira de aproximá-los (FAVRET-SAADA, 2005, p. 159, grifos pelo autor).*

A obra de Aredes (2014) colabora no pensamento do uso do termo “ser afetada” pelo campo no Hospital de Pronto Socorro João XXIII. Em sua pesquisa no serviço de urgência, analisando como os profissionais lidam com a morte na prática profissional, depois de algum tempo em campo, sentiu que estava se envolvendo demais nas atividades de seus “nativos”, como também em suas relações e percepções que eles tinham em relação ao foco de estudo: a morte e, por que não, a vida. E nesse momento, em minha pesquisa, os olhares levaram para outro caminho pela necessidade momentânea do hospital, então me deixei ser afetado (FAVRET-SAADA, 2005).

Mesmo sabendo que o campo que estudo são as vivências, como também as vidas dessas pessoas até a morte, é quase rotineiro o valor de “fazer” para o próximo enquanto vivo como um fator de gratificação no processo do cuidado. No dia 10 de março de 2020, em uma terça-feira, foi o dia que pensei no processo de vida ao invés dos processos da morte. Estava percebendo uma movimentação diferente no hospital informando que o banco de sangue da instituição precisava de doador. Antes de entrar na pesquisa no Laureano, já tentei ser doador de sangue, porém ser doador de sangue não é apenas se enquadrar entre 16 e 69 anos e que estejam pesando mais de 50 kg. Existe um protocolo e realização de uma triagem que faz antes da doação, verificação de pressão, glicose e batimentos cardíacos através de um questionário. Na época não estava enquadrado no perfil de doador de sangue porque tinha tido catapora recentemente.

O hospital segue com várias campanhas para manter os pacientes com seu bem-estar no processo do tratamento com o câncer. Campanha iniciada pela equipe de funcionários do hospital e voluntários e uma dessas campanhas denomina de doações com o próprio corpo, uma forma de dádiva, que são doadores de sangue, medula óssea e de cabelo. Essas doações ajudam para o tratamento do câncer, a cura ou a autoestima de pacientes. Godbout e Caillé (1991) na obra intitulada *O espírito da dádiva* apresentam reflexões quanto à existência da dádiva nas sociedades modernas, nas quais estabelecem vínculos sociais e uma delas é na doação de sangue e órgãos – o dom entre estranhos.

Durante a pesquisa de campo, observei a rotina dos profissionais que consequentemente me levava para os contatos dos pacientes, e estabeleci trocas de conversas sempre escutando que precisava do outro para lutar pela vida. Partindo dessas relações que estava tendo com os pacientes nas conversas, e percebendo como o sangue é necessário no hospital, perguntei para uma das

minhas interlocutoras sobre o processo de ser doador de sangue do hospital, e ela me explicou que ser doador de sangue para o hospital precisa ir ao Hemocentro e direcionar o sangue para a instituição. Sendo assim, o banco de sangue fica disponível para os pacientes que não conseguiram doadores para cirurgia ou no tratamento de doenças hematológicas, como a leucemia.

Afirmei que meu tipo sanguíneo era o mais comum, o A+ e a interlocutora me estimulou a ajudar na campanha se estivesse dentro dos critérios estabelecidos. Quando a pergunta chegou, quem se coloca à disposição para doar sangue para o hospital, demonstrei interesse de ser voluntário. Ao contrário dos dois momentos anteriores que o campo fez o convite, nesse momento por todo o contexto que estava sendo vivenciado, fiquei com desejo de ser doador. Decidi fazer essa doação no mesmo dia quando saísse da pesquisa, e às 15h30min, me direcionei ao Hemocentro da Paraíba. Chegando lá, mostrei o crachá disse que era pesquisador do hospital, e que estava como voluntário para fazer a doação de sangue.

Realizei a triagem como tinha feito da primeira vez, e no momento da coleta das informações, realizei o cadastro para ser doador de medula óssea e explicou que caso encontre alguém compatível entrasse em contato com o número que deixei no cadastro, informando que não há risco para os doadores. Dei continuidade à triagem com a verificação de pressão, glicose e batimentos cardíacos, e posteriormente a esses procedimentos, fui questionado sobre minhas relações sexuais, se tinha tatuagem no corpo e se tinha frequentado determinadas praias que estava com o índice de doença de chagas. Ao passar as informações, fui autorizado para a fazer a doação de sangue.

A realização da coleta do sangue durou em volta de 15 minutos, e como estava sendo minha primeira vez, uma enfermeira ficou do meu lado perguntando se estava me sentindo bem. Após a coleta do sangue, recebi um lanche e esperei para ver se não estava tendo algum efeito.

A exposição dessa situação é algo que considero importante enunciar a fim de verificarmos como os acontecimentos no processo de vivências no período de socialização e nossas relações com a pesquisa de campo, podem trazer ligações no seguimento da pesquisa. Pensar em doar sangue foi refletir no processo de procura de doadores de sangue no tratamento de leucemia que minha bisavó teve.

O ato de doar com o corpo estabeleceu uma relação de recompensar o campo de uma forma particular/pessoal, pelo contexto vivenciado no hospital, e para o campo comecei a ser visto na instituição como pesquisador atuante, e como disse minha interlocutora: as relações entre os profissionais da saúde com os pacientes vão além das práticas hospitalares. Esse caso vai ser evidenciado no processo da morte dos pacientes.

## Considerações finais

Nesse processo do trabalho é pertinente destacar, o processo de observação durante o trabalho de campo revelou-se para compreender e contextualizar o cotidiano dos pacientes em cuidados paliativos, como também uma relação direta com as trocas e acordos no campo.

Ao desenvolver estratégias na etnografia hospitalar, pude direcionar meu olhar para os agentes sociais, que foram os profissionais de saúde e suas práticas entre cuidado e práticas técnicas. Além disso, o doar sangue ou a manifestação em prol da luta dos pacientes em cuidados paliativos demonstra uma sensibilidade na pesquisa e consciência importantes em relação às necessidades e os acordos no campo.

Durante esse do trabalho de campo, a interação com os profissionais resultou na partilha de fotografias, objetos e notícias, que se revelaram como informação para meus dados de campo. Esses foram relevantes para refletir essa construção do sujeito na pesquisa, fornecendo uma perspectiva da realidade dos cuidados paliativos no ambiente hospitalar.

## Referências

AREDES, Janaína de Souza. **“Fizemos o possível”**: os ritos e narrativas médicas em torno da vida e da morte no Hospital de Pronto Socorro João XXIII. 2014. 178 f. Dissertação (Doutorado) - Curso de Antropologia Social, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2014.

ARIÈS, Philippe. **O homem diante da morte**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1981.

ARIÈS, Philippe. **Sobre a história da morte no ocidente: desde a idade média**. 2.ed. Lisboa: Teorema, 1975.

FAVRET-SAADA, Jeanne. **Ser afetado**. Cadernos de Campo, São Paulo, v. 13, n. 13, p. 155-161, 2005.

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

FOUCAULT, Michel. **O Nascimento do Hospital**. In: *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

GODBOUT, Jacques; CAILLÉ, Alain. **O espírito da dádiva**. Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas, 1999.

KOURY, Mauro Guilherme Pinheiro. **Sociologia da Emoção** O Brasil urbano sobre a ótica do luto, Ed.1, Editora vozes, Rio de Janeiro RJ, 2003, 215 p.

KOURY, Mauro. **A Sociologia das emoções e os clássicos**. Emoções Sociedade e cultura. Curitiba; CRV, 2010.

MALINOVSKI, B. 1978. “Introdução” In Malinowski, **Os argonautas do Pacífico Ocidental**, Col. Os Pensadores. S.P: Abril editores.

MARCUS, George. **Etnografia en/del sistema mundo**. Alteridades, Cidade do México, v.11, n. 22, p. 111-127, 2001.

MARTINS, José de S. (org.). **A morte e os mortos na sociedade brasileira**. São Paulo: Hucitec, 1983.

MENEZES, Rachel Aisengart. **Em busca da boa morte: antropologia dos cuidados paliativos**. Rio de Janeiro: Garamond: Floacruz, 2004.

MENEZES. **Um Modelo para Morrer: última etapa na construção social contemporânea da pessoa?**. Campos 3:103-116, 2003.

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

NEVES, Ednalva M. 1998. **Da morte biológica à morte cultural: um estudo sobre o morrer em casa em João Pessoa-PB**. Dissertação de Mestrado. João Pessoa: UFPB/Programa de Pós-Graduação em Sociologia.

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

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, 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.

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.

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: 3 maio. 2024.