

ASPECTOS METODOLÓGICOS DA ETNOGRAFIA FOCADA SOBRE OS SENTIDOS: DEBATENDO O USO DE PEQUENAS NARRATIVAS E FATOS SOCIAIS DE DURKHEIM

METHODOLOGICAL ASPECTS OF THE FOCUSED ETHNOGRAPHY ON SENSES: DEBATING THE USE OF SHORT NARRATIVES AND DURKHEIM'S SOCIAL FACTS

Antonio Jorge Silva Correa Júnior¹

Camila Maria Silva Paraizo-Horvath²

André Aparecido da Silva Teles³

Mary Elizabeth de Santana⁴

Helena Megumi Sonobe⁵

Resumo: Estudos etnográficos exercem interesses polissêmicos em investigadores qualitativos da saúde – defrontados pelo fascínio teórico *versus* a praticabilidade e a transferibilidade em seus campos de atuação. Partindo da experiência no âmbito hospitalar oncológico, objetivou-se, neste artigo, refletir sobre o desenvolvimento de pesquisas etnográficas focadas na busca dos sentidos da saúde-doença-cuidado, com a fundamentação das pequenas narrativas e dos fatos sociais de Émile Durkheim. Indicam-se procedimentos de produção de dados a partir de olhares, observações, notas em diário, autorreflexão e entrevistas com *feedbacks*, preservando a sistematização, não com a finalidade de um cientificismo torpe, mas, sim, possibilitando repasse de suas implicações para a prática ou para mover reflexões na Saúde Pública e seus profissionais, ao abarcarem descrições acerca das esferas microssocial e macrossocial. Ao final do debate, apontam-se dinâmicas e desmistificações sobre a etnografia focada com a finalidade de perpetuar o fascínio inerente a ela e, ainda, amplificar sua execução em cenários hospitalares.

Palavras-chave: Etnografia focada; Sentidos da saúde e doença; Pequenas narrativas; Fato social; Sociologia da saúde.

Abstract: Ethnographic studies have polysemous interests in qualitative health researchers – confronted by theoretical fascination *versus* practicability and transferability in their fields of activity. Based on the experience in an oncology hospital environment, the objective in this paper was to reflect on the development of ethnographic research focused on the search for the senses of health-disease-care, drawing

¹ Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Pará (UFPA). Doutorando em Ciências pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP), Ribeirão Preto, SP, Brasil. E-mail: antoniocorreaajunior@usp.br

² Mestra em Enfermagem pela Universidade Federal de Alfenas (Unifal). Doutoranda em Ciências pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP), Ribeirão Preto, SP, Brasil. E-mail: camilaparaizo@usp.br

³ Doutor em Ciências pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP). Professor Doutor do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da EERP-USP, Ribeirão Preto, SP, Brasil. E-mail: andreteles@usp.br

⁴ Doutora em Enfermagem Fundamental pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP). Professora Associada I da Universidade Federal do Pará (UFPA), Belém, PA, Brasil. E-mail: mary.santana@uepa.br

⁵ Doutora em Enfermagem Fundamental pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP). Professora Doutora do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da EERP-USP, Ribeirão Preto, SP, Brasil. E-mail: megumi@eerp.usp.br

from Émile Durkheim's short narratives and social facts. Data production procedures are indicated based on glances, observations, diary notes, self-reflection and interviews with feedbacks, preserving the systematization, not with the purpose of a lousy scientism, but rather enabling to pass on its implications to practice or to move reflections in Public Health and its professionals, as they also include descriptions about the microsocial and macrosocial spheres. At the end of the debate, dynamics and demystifications about focused ethnography are pointed out in order to perpetuate the fascination inherent to it and even amplify its execution in hospital settings.

Keywords: Focused ethnography; Meanings of health and illness; Short narratives; Social fact; Sociology of health.

1 Considerações iniciais

Etnografia, estudo etnográfico, abordagem etnográfica, estudo de caso etnográfico, minietnografia, etnoenfermagem ou etnografia focada, todos são conteúdos/disciplinas/métodos que despertam um fascínio quase sempre teórico em diversos pesquisadores qualitativos. Na saúde, o deslumbramento com esses/essas conteúdos/disciplinas/métodos frequentemente permanece encoberto pelas alegações de “difíceis demais”, “teóricos/as demais” ou “impensáveis” diante dos cenários carentes de pesquisas clínicas e aplicadas tão logo terminem, o que nos faz pensar até mesmo no movimento *Slow Science*, algo que não nos concentraremos aqui.

O fato é que, a depender do tema ou objeto, os pesquisadores se sentem compelidos a desenvolverem outros métodos e aproximações, relegando a etnografia a um papel consagrado, mas distante da objetividade que almejam. Tratando-se do nosso recorte que envolve o câncer, uma busca não acadêmica simplória no *Google* comum (abordagem etnográfica câncer) nos defronta com quatro perguntas na primeira página: Qual a importância da etnografia para a pesquisa em saúde?; Como se faz uma pesquisa etnográfica?; Quais são características de uma pesquisa do tipo etnográfica?; Qual a importância da etnografia?

No ramo oncológico, os fatores de risco para o desenvolvimento de neoplasia podem estar no ambiente, nos comportamentos de risco do meio sociocultural ou serem herdados, conclamando um estudo da história natural da (pessoa com a) doença e das narrativas dos itinerários. Cientes das linhas de cuidado e dos fluxos governamentais que orientam esse atendimento oncológico na rede, os modelos de acesso e de assistência merecem ser descortinados. Por exemplo, sobleva-se que, no Câncer Colorretal (CCR), os pacientes necessitarão, provavelmente, de uma cirurgia com confecção de estomia intestinal – interligação de um órgão interno com o meio externo –, gerando ruptura biográfica, nova autoimagem e necessidades de reabilitação física, psicológica, social e

espiritual. Isso pede que pesquisadores vocalizem as necessidades de saúde desses usuários, com abordagens que vertam contribuições para o cuidado integral e coparticipativo, falando de seus (novos) problemas mais comuns, do familiar cuidador e das visões sobre a equipe de saúde (BRASIL, 2020, 2021).

Mais do que a casa dos significados biomédicos, o objeto na pesquisa de Mestrado, a qual deu origem a este artigo, intitulada *Os sentidos do adoecimento pelo câncer colorretal: estudo etnográfico*⁶ (CORREA JÚNIOR, 2019), almejou os sentidos do adoecimento (doença-saúde-cuidado-relações); dessarte, seus aspectos metodológicos e operacionais serão apresentados pelos autores deste artigo. A consecução da etnografia que embasou esta reflexão foi entre os anos de 2017 e 2019, em um hospital oncológico público no Norte do Brasil, cujos participantes dispunham do Sistema Único de Saúde (SUS) como única fonte de cuidados formais à saúde. O percurso baseou-se em leituras da Antropologia, da Antropologia da Saúde-doença, migrando para a Sociologia da saúde na perspectiva de Durkheim com a qualificação⁷.

Para Geertz (2017), o que define a etnografia segundo o sistema acadêmico é o estabelecimento de relações, de seleção de informantes, de transcrição de textos, de mapear campos e de descrição de árvores genealógicas. Entretanto, o que dá a sua validade é a “descrição densa” balizada pelo esforço intelectual, algo próximo da interpretação. Contudo, são visões mais contemporâneas como a de Peirano (2014) – que fala que tais abordagens estão em reinvenção –, que conferem a abertura de uma janela epistemológica para a argumentação aqui desenvolvida.

Na área da Enfermagem, já se registra a relevância do devir, da imersão, da escolha de um referencial teórico interdisciplinar, da reconstrução daquilo que é dito e não dito, proporcionando resultados de pesquisa que transformam rotinas e pessoas por meio de inovações (LIMA; SAMPAIO, 2022). Assim sendo, assume-se, hoje, uma via de mão dupla, a ciência moldando e moldando-se pelos sentidos que adotam o contorno de conceitos. De acordo com Czeresnia, Maciel e Oviedo (2013, p. 17):

Ainda que não alcancem as singularidades, os conceitos são uma forma de definir, explicar, propor formas de intervenção [...], constroem significados compartilháveis que possibilitam a comunicação, troca de experiências e criam

⁶ A dissertação de Mestrado, do primeiro autor deste artigo, foi defendida no ano de 2019 na linha de pesquisa “Políticas de saúde e o cuidado de enfermagem amazônico” do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Pará (UFPA), com orientação de Mary Elizabeth de Santana e coorientação de Helena Megumi Sonobe.

⁷ Neste artigo, não defenderemos pontos de vista acerca do melhor suporte teórico-metodológico. As leituras para a tessitura que foram usadas são, inicialmente, tanto de vertente antropológica, com Clifford Geertz, Mariza Peirano, Bronislaw Malinowski, dentre outros; tanto, posteriormente, com Émile Durkheim, Gianluca Manzo, Irving Louis Horowitz, Sébastien Chauvin, Nicolas Jounin, dentre outros.

recursos para a intervenção. Se o adoecer não se restringe à definição de doença como patologia, é também por meio desta delimitação de sentido, e do leque de possibilidades que a medicina oferece diante do diagnóstico, que o doente deve encontrar o modo mais conveniente de agir. Os conceitos científicos integram a cultura e, conseqüentemente, a experiência – podemos afirmar, assim, que a ciência ajuda a delinear a experiência contemporânea do adoecimento.

Somamos isso à etnografia focada no sentido que Higginbottom, Boadu e Pillay (2013) sobrelevam: propósitos claros; campo fechado; conhecimento prévio informa a questão da pesquisa; informantes atuam como participantes-chave; visitas de campo intermitentes e propositais; intensidade da análise de dados, frequentemente com dispositivos de gravação e câmeras fotográficas; sessões de discussão de dados na análise.

Na Saúde Pública, Pacheco e Onocko-Campos (2018) consideram que a experiência fora da narrativa é inviável, e essa narração já é a produção de uma outra experiência. Assim, usuários, profissionais, professores, dentre outros, qualificam como experiências as possíveis interpretações desdobradas nelas mesmas, e que, ao serem proferidas, já se interrogam com o narrador-narrado. Para os autores, a explicação em sua relação com o saber acadêmico não é mais autocrática. Pesquisador e instrumentais, talvez, sejam mais interrogados pelas versões narrativas nesse meandro do que em outros paradigmas. Haveria, então, um meio de sistematizá-las? Não defendemos categoricamente que sim, porém lançamos a provocação de que os fatos sociais facilitariam esse intento.

O fato social de Durkheim (2012, p. 40), amplamente usado em nossa experiência, é “[...] toda maneira de fazer, fixa ou não, capaz de exercer sobre o indivíduo uma coerção exterior; ou ainda, que é geral na extensão de uma dada sociedade que tem existência própria, independente de suas manifestações individuais”. Para fundamentar nossa proposta, acrescentamos a definição do autor à noção de “escala”, pertinente ao estudo dos sentidos na etnografia focada – o debate micro e macro no qual investigamos transitoriedades em uma estrutura, neste caso nos níveis (MANZO, 2015) das instâncias de atendimento à saúde.

Nesse tipo de pesquisa qualitativa, a dimensão do vivenciar está adscrita ao viver. Pensa-se, frequentemente, que os fenômenos estão distantes, quando, na verdade, já entraram nos domínios do pesquisador, sendo interiorizados (SANTOS, 2021). Tais sentidos são explorados na dissertação de Correa Júnior (2019), a partir de Geertz (2001). Este afirma que os sentimentos

[...] dão... expressão, por meio de metáforas com partes do corpo, a formas de experiência incorporada do sofrimento, através das partes do corpo usadas para expressá-las. [...]. Mas outros estados emocionais as exibem, às vezes, ou, pelo menos, envolvem deturpações observáveis (e perceptíveis) de processos somáticos. O recurso às imagens de partes do corpo para caracterizar não só o sofrimento, mas a emoção em geral (se os corações se partem de desespero, também explodem de alegria), faz-nos lembrar que, como quer que sejam caracterizados e como quer que se venha a tê-los, **os sentimentos são sentidos**. (GEERTZ, 2001, p. 187, grifo nosso).

Precisamos de tempo até compreender o que são e como alcançar os sentidos. Correa Júnior (2019) aponta que, ao aplicar o teste piloto para a etnografia focada, indagou rapidamente “Você sabe o que você tem?”, esperando respostas ligadas ao adoecimento e ao percurso até a internação na atenção terciária. Além de verificar o desconforto no semblante do informante, pensou rapidamente como aquela pergunta, em um contexto de alta complexidade em oncologia e perpetrada por alguém com jaleco branco, significaria na perspectiva do adoecido pelo CCR: a piora do quadro clínico. Começamos errado. Expandindo o debate, a pergunta “Você sabe o que tem?”, vista como simples demais, produz sentidos que engajam uma gama de medos, nos levando a pensar: **Como diplomatar e matizar as formas de engajar conversas?**

Quando estudamos condições crônicas, como o adoecimento oncológico interpondo sentidos físicos e não físicos angustiantes e estressores, apreendemos o que esse corpo vivido personifica ou personificou, a subjetividade interna do Ser, da consciência e das impressões sobre o que lhe cerca. Abordagens que buscam descortinar a antropomorfização da doença no corpo – como uma materialização corporal de um estilo de vida intrincado (sobretudo alimentar no caso do CCR) – também são úteis (KALLA *et al.*, 2020), embora as explicações centradas no indivíduo sejam insuficientes.

Em seguimento, refletindo com lições tomadas na época da construção da dissertação de Correa Júnior (2019) e com lições apreendidas com leituras subsequentes, será discutida a etnografia focada para pessoas adoecidas pelo CCR na espera pela cirurgia de confecção de estoma, mostrando suas possibilidades em um cenário hospitalar, estando pautado na Sociologia compreensiva e no fato social de Durkheim como meio de identificação e de sistematização de sentidos do adoecimento-cuidado. De forma mais contundente, objetivamos refletir sobre o desenvolvimento de pesquisas etnográficas focadas na busca dos sentidos da saúde-doença-cuidado, com a fundamentação das pequenas narrativas e dos fatos sociais de Émile Durkheim.

2 Quadro teórico-metodológico

Nesta seção, discorreremos, inicialmente, sobre os propósitos, os conceitos e as questões a serem (re)pensadas na etnografia; na sequência, tratamos das pequenas narrativas como estratégia metodológica; e, por fim, buscamos os fatos sociais de Durkheim em meio às descrições densas, suas imbricações com o microssocial e o macrossocial.

2.1 Propósitos, conceitos e questões a serem (re)pensadas na etnografia

As argumentações de Bronislaw Malinowski (1978), conhecido antropólogo social do Reino Unido, dão conta da pesquisa sobre ideias, ambições, desejos e “ vaidades ” dos participantes – em seu caso, comunidades tribais. Ao advogar por uma neutralidade das Ciências Humanas, comparando-as à da Física ou à da Química, ou mesmo afirmando que os povos autóctones não possuem documentos ou detentores do saber imemorial útil ao trabalho do etnógrafo, fincou seu trabalho na vertente funcionalista (MALINOWSKI, 1978).

Considera-se que o fecundo solo da etnografia, a ideia-mãe das Ciências Sociais, é o empirismo, e a importância do etnógrafo é a de um canal, encarado especialmente na Sociologia como desvantagem e como crítica à antropóloga Peirano (2014). Mesmo remetida às nuances do parentesco, Santos (2021) refere-se à construção inextricável do pesquisador com o que pesquisa e alude o vivenciar aos aspectos atitudinais das relações do pesquisador com o mundo, que o transforma.

Portanto, com a etnografia, exploram-se questões originárias e criam-se outras tantas. Tradicionalmente, o método em si implica a tessitura de um objetivo mais amplo (até mesmo em relação a outras vertentes de pesquisa qualitativa). Seu refinamento dá-se em um espaço intelectual fechado do ponto de vista dos pesquisadores e, paradoxalmente, expandido por conta de comparações constantes com dados novos. É por excelência uma bricolagem intelectual (PEIRANO, 2014).

Geertz (2017) declara que estabelece relações, seleção de informantes e escrita de textos com a descrição densa. Logo, como pontos epistemológicos de partida para o nosso tema, objeto e cenário até os sentidos do adoecimento, um dos exemplos mais curiosos e requintados da descrição densa, um dos primeiros conceitos a serem explorados por Geertz (2017) são os garotos executando as piscadelas: um pisca o olho direito por tique

involuntário; outro pisca o olho direito como sinal de conspiração; um terceiro garoto, ao ver a cena, também executa a piscadela, porém de forma jocosa e evidente, divertindo-se ao ver o primeiro garoto. O objeto da etnografia está em fugir das descrições superficiais e produzir uma descrição dos porquês de cada tipo de piscadela, interpretá-las e correlacioná-las.

Internacionalmente, a *Focused Ethnography* vem gerando contributos valiosos, como o reconhecimento de que a demência não oblitera a personalidade dos pacientes, que ainda possuem a capacidade de negociar momentos significativos, o que geralmente é negligenciado (TOUBØL *et al.*, 2020); ou a necessidade de mediadores interculturais devido às barreiras de comunicação entre pacientes migrantes muçulmanos e profissionais de saúde, além de comportamentos discriminatórios e não profissionais nas relações com enfermeiros (PLAZA DEL PINO *et al.*, 2020).

Desenhos mais arrojados buscam, ainda, o aprofundamento e a triangulação espacial coletados em diversos cenários e instituições, a fim de elaborar conceitos próximos da realidade. Tais diligências permitiram inferir, por exemplo, no estudo de três enfermarias em dois hospitais na Holanda, que a enfermagem se preocupa mais com a comunicação de suas tarefas aos usuários do que em engajá-los no cuidado, permitindo deduzir que o cuidado centrado no paciente não integrava os cuidados psicossociais e as habilidades relacionais (VAN BELLE *et al.*, 2020).

Acreditamos que as desobediências propostas por Santos (2021) reinventam modos e níveis de aproximação e de estranhamento, que “dançam” no olhar investigativo. Como exemplo, nas orientações recebidas durante o Mestrado (CORREA JÚNIOR, 2019), para amadurecer o *olhar*, o *ouvir* e o *escrever*, referentes ao relatório, uma explicação foi realizada pela orientadora: “Você não fará uma etnografia, fará um estudo etnográfico”, e, a partir disso, Correa Júnior (2019) buscou aprofundamento na filiação teórico-metodológica debatida como possibilidade neste texto.

Consequentemente, até mesmo a nomenclatura “método etnográfico” é intrincada. Por seu objeto ser amplo, ela tem um momento para começar e acabar. Nos Programas de Pós-Graduação, isso é verdade, porém, no mundo real, nem tanto. Enjaular a etnografia em um método significa arbitrar o fim da potencialidade de estranhamento do pesquisador-campo-pesquisados, do insólito das experiências (PEIRANO, 2014) – Onde estaríamos aprendendo a estranhar?

À vista disso, para responder tal questionamento, a disciplina Antropologia da Saúde e da Doença do Laboratório de Antropologia Arthur Napoleão Figueiredo

(LAANF) foi, na investigação, o momento de localização-pertencimento diante do objeto e das problemáticas do projeto, ainda que as leituras subsequentes convergissem para a Sociologia. Um exemplo disso é o excelente conceito de cientistas sociais convertidos⁸, aqueles que ostentam uma formação em Saúde e optam por ativar conhecimentos de Ciências Sociais e Humanas na Pós-Graduação. Métodos e teorias são apropriados por eles em uma bricolagem que se distancia, até certo ponto, de sua matriz curricular. Esses cientistas almejam trazer contribuições para a área da Saúde e para a Saúde Pública, com a ressalva que combatem o determinismo orgânico, porém podem cair em mau uso de epistemologias das Ciências Humanas (DINIZ, 1997).

Na confluência do sistema acadêmico e dos movimentos sociais, ocorreram transformações na pesquisa qualitativa do adoecimento, sobretudo em relação aos estigmas acometedores das populações vulneráveis. Contudo, quando se trata das dualidades impostas por um adoecimento oncológico, como neste recorte, e da tecnociência em casos graves – o “direito à boa morte” para pessoas fora de possibilidades terapêuticas –, vários elementos da díade saúde-doença-cuidado expandem-se rumo à busca por tratamento e à luta contra dificuldades (CZERESNIA; MACIEL; OVIEDO, 2013).

Muito embora as contribuições de Malinowski (1978) sejam alvo de polêmica, o cientista social é certo quando diz que dados não emergem da obscuridade. Ele lança postulados funcionalistas úteis, pareados com técnicas e suporte teórico construtivista ou concepção compreensiva, a saber: 1) investigação de algo no momento que ocorre; 2) uso de diários para registro; 3) realização da descrição completa; e 4) estranhamento para produzir suas notas reflexivas/metodológicas, colocando o pesquisador como pensador e investigador teórico. Não obstante, é digno de crítica que nada disso deve fazer alguém crer que chegou a um *corpus inscriptionum* do grupo a partir da coleta, algo almejado por Malinowski (1978), afinal é um erro pensar que a etnografia revela absolutamente tudo.

Há também de se ter em conta que a cultura, primeiro foco histórico *sine qua non* da etnografia, não é um terreno imutável e monolítico disposto ao bel prazer contemplativo de qualquer um que se aventure nela, porque está composta de práticas coletivas as quais envolvem, muitas vezes, relações de poder (KUBIK, 2009). Logo, a construção de um conceito científico proveniente dos trabalhos etnográficos é uma objetivação do que foi vivido, uma definição generalizadora, incapaz de expressar as

⁸ No texto, Diniz (1997) fala de Antropólogos ortodoxos, liminares e convertidos. Aqui optamos por uma nomenclatura adaptada mais geral – “cientistas sociais”.

diferenças internas aos fenômenos que explica. Dessa forma, os conceitos elaborados não contemplam todas as possibilidades de expressão da *illness* e *disease* – a própria ideia de doença requer o diagnóstico, visualização de órgãos, tecidos, células, genes e enzimas. O *illness* é sentido-estando doente; *disease* é um conceito de doença, o que encaramos como o que foi gerado pelo conhecimento (CZERESNIA; MACIEL; OVIEDO, 2013).

2.2 As pequenas narrativas como estratégia metodológica na etnografia focada

Moen (2006) assinala que a literatura sobre pequenas narrativas é vaga acerca de procedimentos de investigação concretos. Outra lacuna é a visão expandida de saúde-doença-cuidado na atenção terciária. Assim, durante a pesquisa para a etnografia focada sobre os sentidos de Correa Júnior (2019), uma permanente indagação surgiu: Será que a etnografia deve ser desenvolvida unicamente no âmbito da atenção primária à saúde ou no âmbito comunitário? Conversas com outras pessoas indicavam inclusive que não deveria desenvolver esse método, pois, no hospital, os vínculos mais fortes dos pacientes estavam cortados. Todavia, vale pensarmos que, em (quase) qualquer âmbito, as interpretações são significantes: (i) construtivismo/interpretativismo (não se trata de explicar, mas, sim, de interpretar significações dos atores e de suas identidades); (ii) ontologia real e epistemologia que acompanha os informantes (foco nas ações reais de pessoas reais); e a conhecida (iii) microescala (reconstrução de mecanismos relevantes) (KUBIK, 2009).

Mesmo falando do contexto educacional, Moen (2006) evoca as Verdadeiras Narrativas como histórias que reportam e conclamam soluções práticas, pois repensam os desafios diários. Assumem um contorno de partida para os dados, abarcando as interações do “Eu” com os “demais” que atravessaram seu percurso, algo que vai ao encontro de teorias socioculturais. Enunciação e diálogo confundem-se; o enunciado é falado ou escrito e ainda elaborado mentalmente antes da verbalização, pois possui um destinatário. Apenas essa constatação já move uma série de indagações em relação à fala do pesquisador social para o usuário e em relação ao que será dito.

Enunciados são falas para o outro, uma voz rumo a um destino. Os destinatários da mensagem são tanto os pesquisadores (ainda que em um plano psicológico interno) quanto outrem, aqueles que se manifestam ao longo da vida dos depoentes. Compreende-se, então, a forte ênfase no diálogo para que não haja uma produção isolada e frenética em um diário, o enunciado que se releva a quem quer que seja e grita por um indivíduo

que existe, quer viver, e, nesse recorte, estava institucionalizado. Posto isso, as narrativas não existem no vácuo, nem no neutro (MOEN, 2006).

Compreendemos as pequenas narrativas como Castellanos (2014): i) disposição inicialmente descritiva sobre os eventos, que foram vistos ou narrados – neste recorte, majoritariamente sobre os percursos internos e externos da instituição; ii) *feedbacks* em relação ao ser-no-mundo com a finalidade de evitar priorização da visão do etnógrafo; iii) instigar os depoentes para que relatassem os atores implicados no que sentiam/viveram desde os sintomas, o diagnóstico e a chegada ao ponto de atenção terciária.

Salientamos três papéis narrativos: o contador de histórias (o paciente ou membros da família), a(s) testemunha(s) (os ouvintes) e o guia ou facilitador, mediando a contação. Ao usar perguntas gerais, como: “Você gostaria de falar mais sobre isso?” ou “Como isso tem sido para você?”, o facilitador estimula sem reivindicar. O recrutamento de participantes primários (os adoecidos) foi ponto basilar para o rigor em critérios de inclusão, de exclusão ou de seleção (terminologias interessantes que não pretendemos desambiguar aqui). Consideramos que a garantia de bem-estar repercute sobremaneira na documentação das visões, das crenças e dos antecedentes, tendo impacto sobre as circunstâncias do percurso; e o diário registra as observações, não como dados estáticos, mas, sim, como dados dinâmicos (TAN; WILSON; OLVER, 2009).

Outras propostas contingentes para a estratégia metodológica são: 1) pessoas organizam as próprias experiências; 2) as histórias que são contadas dependem do passado e do presente, dos valores, dos ouvintes e quando e onde estão sendo contadas; 3) as narrativas são multivocais (MOEN, 2006). O espaço precisa ser permeabilizado para significações, para que reflitamos (eles e nós) sobre o que fizeram até chegarem ao hospital, o que se aproxima dos “bons e maus exemplos”. Para Peirano (2014), não são julgamentos, não são essencialismos; na verdade, servem para informar, no relatório, sobre os problemas teóricos ou existenciais enfrentados.

2.3 Em busca de fatos sociais de Durkheim em meio às descrições densas: imbricações com o microssocial e o macrossocial

Enxergando os fatos sociais como um meio de sistematização do que é e foi vivido e como conhecedores dos preceitos do funcionalismo, indagamos: **Seria possível uma retomada da perspectiva sociológica de Durkheim sem cair em um funcionalismo que priorize (unicamente) a doença?** Manzo (2015) descreve que essa filiação teórica

não pugnou os esforços de Durkheim em explicar as redes, as interações e as ações com complexidade e diferenciação. Dessarte, a Sociologia esquiva-se em busca de não estar entre o cientificismo determinista, o subjetivismo e o espontaneísmo (BOURDIEU, 2015). Pertinente a isso, portanto, é a citação de Boudon (2016, p. 154): “Os fenômenos sociais devem, portanto, ser concebidos como efeitos coletivos engendrados pela combinação de ações individuais racionais. Esses efeitos podem ser positivos, negativos ou neutros; desejos ou não; esperados ou não”.

Gold (1997), na diligência pela interlocução da Sociologia com a etnografia, aponta para a busca de resultados inesperados, não pelo motivo que o etnógrafo ache que os informantes estão errados, mas para testar o campo de conhecimento. Ao presumir como os informantes estão respondendo às perguntas específicas após sua longa permanência, é cabível depreender outras perguntas para outros informantes. A amostragem sociológica é baseada nas suposições sobre os objetivos, montando uma amostra representativa e empiricamente fundamentada dessa sociedade, uma comunidade humana sociologicamente verificável ao contrário do restante do ambiente.

A verificação dos dados compreende, simultaneamente, a análise com interpretações, o *feedback* dos participantes credibilizando os dados, mesmo que a conferência seja no sentido de: “Você quis realmente passar esta ideia sobre o serviço?” ou “Há algo que queira melhorar nesta descrição?”, concatenando várias técnicas interpretativas (MOEN, 2006; KUBIK, 2009). A macrosociologia e a microsociologia entram em cena no campo, ao percebermos que a perspectiva micro é a análise detalhada do que as pessoas fazem, dizem e pensam no fluxo da experiência, enquanto a macro é a análise de processos sociais em larga escala, focalizando “Estado”, “organização”, “classe”, “cultura” e “sociedade”. Como as críticas de Peirano (2014) expostas anteriormente, Manzo (2015) afirma que, para a Sociologia se desenvolver epistemologicamente, precisa superar a metáfora multicamada de micro e de macro, passando a descrever e a interpretar os fenômenos que transformam a pequena escala (micro) na grande escala (macro).

Não haveria nenhuma polêmica em torno do melhor nível de análise segundo Manzo (2015), pois a Sociologia analítica quer analisar propriedades e estruturas, ao passo que, simultaneamente, a problemática emergente do micro e do macro deve ser reformulada para buscar conexões e não oposições, pois os fenômenos locais estão, verdadeiramente, em várias escalas. Sobre questões micro e macro, o (árduo) acesso ao SUS, de um usuário, se confunde com tantos outros, conferindo *insights*.

A Sociologia analítica não articulará uma grade teórica explicando como funciona a conexão entre fenômenos de pequena e de grande escalas em geral, mas, sim, irá descrever como essa conexão se dá. Por isso, é crucial multiplicar as investigações locais, explicando características comuns entre contextos (MANZO, 2015), interpelando a política de saúde. Para nosso contexto, a compreensão de abordagem estrutural foi usada, visto que ela é uma parte significativa da Antropologia e da Sociologia contemporâneas. Na Antropologia clássica britânica, foi popularizada como Funcionalismo estrutural (SABINO; CARVALHO, 2013). Nessa vertente, a Sociologia durkheimiana busca os fatos sociais, uma representação fundamental e regularidades entre grupos.

Durkheim, como organicista, ergueu sua Sociologia sob a égide da morfologia social, apregoando que sistemas simples se modificavam evolutivamente, até sistemas organizacionais complexos. Na atualidade, é uma ideia maculada, porém outras como a desintegração (anomia) como chave para compreender o adoecimento de um sistema e a justaposição e a coesão da consciência coletiva como fortalezas da dimensão simbólica dos grupos são louváveis. Considera-se que sociedades menores e cunhadas como “simples” pelo funcionalismo ostentam homeostase mais alta do que as sociedades “complexas” contemporâneas (SABINO; CARVALHO, 2013).

Debruçar-se sobre as sociedades complexas levou Durkheim a cunhar os termos “normalidade” e “patologia social” – com interesse pela anomia, que significa a ausência ou a desintegração da ordem e das normas (SABINO; CARVALHO, 2013). Na perspectiva de Sabino e Carvalho (2013), o pensamento de Durkheim considera: 1) as estruturas subjetivas como representações sociais ou coletivas, consciência coletiva ou mentalidade coletiva; e 2) as estruturas objetivas como funcionamento do corpo social, instituições e organizações. Compreende-se dois subsistemas: um mais abstrato ou sutil; e outro mais concreto ou denso, expondo o dualismo analítico: o indivíduo *versus* sociedade e ação *versus* estrutura.

Vale mencionarmos o “Mito do Funcionalismo”, segundo Horowitz (1963), como confronto ao ideal de que essa abordagem é torpe ou inoportuna e apaga características subjetivas para sucumbir a um cientificismo generalista. A “neutralidade piedosa” é indesejável e o funcionalismo surgiu como estandarte desta; contudo, atualmente, advogam-se, ou reconhecem-se, as reivindicações (legítimas e ilegítimas) das instâncias políticas ou assume-se o risco de produzir uma equação distante daquela que nossos participantes exprimem.

A suposição adicional de uma metodologia *wertfrei*⁹ chamada funcionalismo não teve as consequências pretendidas; ou seja, a redução (se não a eliminação) de julgamentos políticos na análise sociológica. O fato claro é que o funcionalismo não alterou nem modificou os compromissos políticos básicos dos sociólogos como sociólogos. Se, desse fato, se deduz que o funcionalismo é livre de implicações políticas, então ainda deve ser explicado por que certos sociólogos empregam o funcionalismo para fins políticos muito definidos. Até que uma explicação melhor seja fornecida, devemos concluir que o funcionalismo é uma estratégia (e às vezes até uma postura) que permite ao sociólogo fazer declarações políticas sem a necessidade de defendê-las no tribunal da opinião pública. (HOROWITZ, 1963, p. 262, tradução nossa).

O funcionalismo não significa o fim das implicações teóricas, subjetivas e uma secularização das ciências sociais. É um autoengano psicossocial e metodológico pensar que ele não pode trazer proveitos, pois, outrora, foi defendido como método para estabelecer a neutralidade (e quem sabe radicalismo e conservadorismo), mas que chegou a um acordo com o mundo contemporâneo. Hoje, o funcionalismo consegue apresentar-se como portador de verdades científicas, conjuminado ao *locus* ideológico ao qual se presta: interdisciplinar, bipolarizado ou oculto (HOROWITZ, 1963).

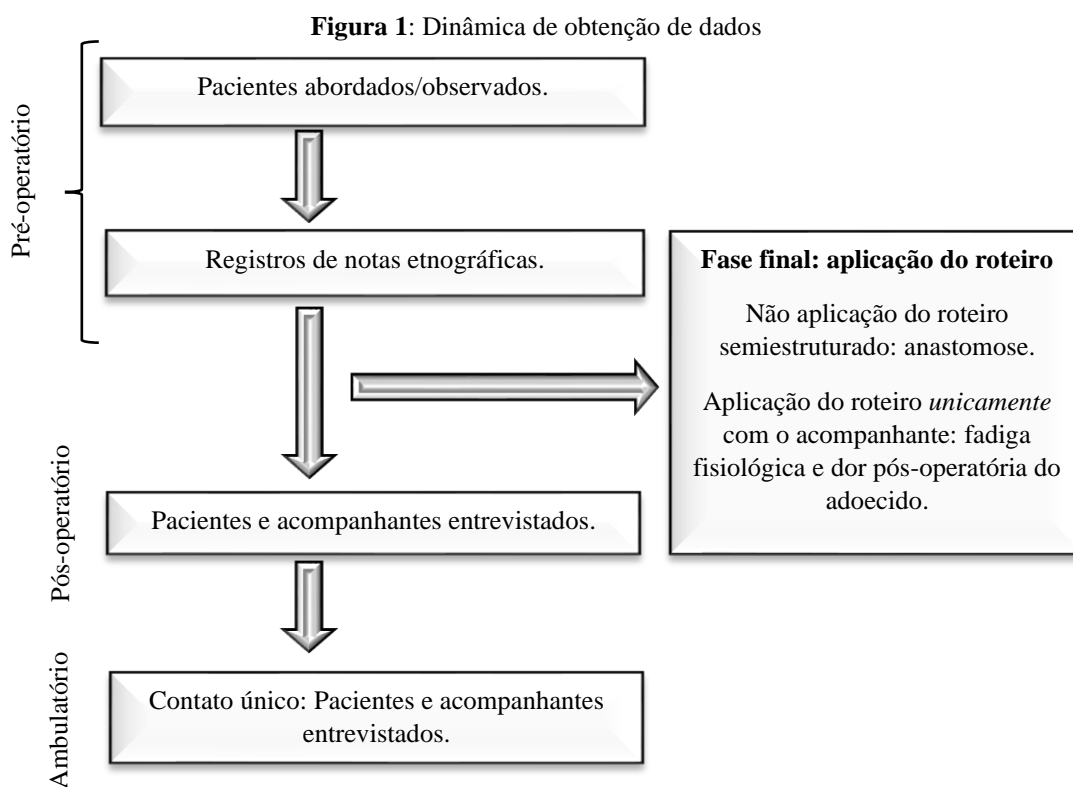
3 Construindo a dinâmica de observação e de entrevistas em profundidade

Na clínica oncoabdômen, adotou-se a autorreflexão para desconstruções do agir, desde a negociação, usando a reflexividade em relação às suposições prévias, resgatando atitudes sensíveis perdidas no tecnicismo para nos deixar abertos à desconstrução de dogmas (NILSON, 2017). De antemão, na operacionalização da coleta em dissertações de enfermagem sobre cultura, mescla-se uma abundância de instrumentos e de técnicas cuidativas, finalizando um mapa de dados consistente em termos de atendimento além de uma etapa do rigor metodológico (MONTICELLI *et al.*, 2010).

A “mente aberta” a interações facilmente abre-se para o campo em sua diversidade e até idiossincrasias. A reflexão, a educação e o esforço esculpem a humildade cultural como uma mudança profunda na perspectiva e no modo de vida, assumindo diversidades em cada tipo de interação, e o meio clínico-médico demanda uma mente aberta de profissionais e pesquisadores para que possam lidar com uma série de histórias. Desse modo, a humildade nivela as dinâmicas de poder (implícitas) existentes na obtenção dos dados (FORONDA *et al.*, 2016; RISING, 2017).

⁹ Neutralidade axiológica, a posição que assume um papel totalmente neutro relacionado à descrição de fatos de forma imparcial.

No contexto ou no território, muito não é conhecido, como os receios dos participantes e onde realizar anotações; assim, somente em campo, obtemos a ideia do que é observável para arquitetar e refinar estratégias de apreensão e de registro replicáveis. No trabalho de campo, iniciado em meados do segundo semestre de 2018 (Figura 1), Correa Júnior (2019) percebeu que a observação não participante parecia utópica no cenário hospitalar, pois os próprios utentes enxergaram com desconfiança a presença de um etnógrafo. O convívio em todos os turnos ou permanecer no quarto dissimulando atividades não se revelaram boas estratégias, visto que os usuários se encontravam internados e cansados. Assim, a observação em um espaço restrito das enfermarias gera estresses desnecessários aos utentes. Então, negociar paulatinamente a melhor postura é a chave para o começo das interações.



Fonte: Correa Júnior (2019, p. 71).

Calcula-se que a média de perdurabilidade nos contatos foi de 12 dias para cada informante, em 178 dias de contatos com a somatória de todos. Uma das preocupações foi o nível de contatos no âmbito hospitalar. Assim, Correa Júnior (2019) arquitetou vários contatos correlacionados com as técnicas da seguinte forma:

- Inserção do pesquisador na Clínica Cirúrgica e no ambulatório.

- Observação não participante na Clínica Cirúrgica e no ambulatório para identificar organização, rotina do serviço (rituais) e procedimentos.
- Observação participante e entrevista em profundidade a fim de identificar sentidos alusivos à experiência pós-operatória, ouvir itinerários dentro e fora do Hospital de Ensino de Referência em Oncologia, hábitos de vida e sentidos em relação à assistência de enfermagem e a equipe multiprofissional.
- Diário de campo em que foram descritas: informações relevantes, nexos entre as observações, rotina do trabalho de campo e conceptualizações em “notas etnográficas”.

O trabalho de campo no hospital pode relativizar o que os pacientes viviam no ambiente externo (incluindo sexualidade, procedência, vínculos com as comunidades e fé) e o que passaram a viver no ambiente interno (GRANT, 2017). Para adentrar o campo, negociar o acesso é um desafio que transcende a oficialização via Comitê de Ética, após o Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) ser concedido, visto que, a fim de sustentar relações, o pesquisador precisará realizar um trabalho de identidade.

Logo, os cuidados éticos no nível meso foram mediados pelo diálogo com a equipe de técnicos de enfermagem, enfermeira do plantão e fisioterapeuta. Ler o prontuário foi um cuidado tomado antes de cada aproximação, sendo premente, pois engajar conversas sem o conhecimento sobre o que passaram nas últimas horas, ou suas principais dores, sintomatologias e impressões diagnósticas, ocasionava desconfiança por parte dos possíveis participantes.

O Macro-acesso ocorreu via dois comitês de ética e um setor específico, nesse caso a Divisão de Pesquisa da instituição; o Meso-acesso foi facilitado pelas enfermeiras responsáveis do turno da tarde e o pessoal lotado na clínica; o Micro-acesso (“bastante limitado” e “limitado”) consistiu, respectivamente, no consentimento para os participantes responderem às entrevistas semiestruturadas abertas e para outras observações etnográficas depreendidas e registradas tão logo em local oportuno. Tornar-se visível implica negociar tipos mais cabíveis de coleta (GRANT, 2017).

- Macro-acesso oficial via CAAE, um sediado na Universidade Federal do Pará e outro no Centro de Alta Complexidade em Oncologia (CACON), respectivamente sob CAAE 90503818.8.0000.0018 e 90503818.8.3001.5550; Meso-acesso ao local específico da equipe interprofissional e negociação com o corpo técnico; e Micro-acesso, contato com os participantes nas suas atividades diárias, no qual boa parte dos dados são produzidos.

Na apresentação formal, é premente uma postura aberta ao diálogo, pois o sofrimento oncológico possui constituintes metafóricos singulares, e a coleta de dados será um momento intrincado pelos determinantes físicos pós-cirúrgicos: o estado geral crítico no qual alguns adoecidos se encontravam no pós-operatório, pouco colaborativos devido à dor e à impaciência, fadiga oncológico-cirúrgica, dentre outros. O cuidador pode ser um narrador de sentidos por partilhar do itinerário com os adoecidos com CCR, bem como se percebeu que a aproximação pré-operatória foi fundamental para obtenção de dados etnográficos em profundidade.

Para as entrevistas, Correa Júnior (2019) adotou o referencial semiestruturado descritivo-interpretativo de McIntosh e Morse (2015), aquela que almeja desvelar o mundo experiencial do informante dentro de dimensões pré-definidas por tópicos, privilegiando o participante como seu conhecedor uno. O cenário para seu desenvolvimento geralmente é limitado e os objetivos parcimoniosos (como se exige em um Mestrado), porém o que está para ser alcançado precisa ostentar envergadura fenomenológica e expansiva. O quadro de análise do projeto será expandido ou rechaçado durante a coleta-análise, sendo um tipo de entrevista que exige mais do que a descrição, mas, sim, uma interpretação das experiências.

Em campo, o pesquisador expande as notas do diário independentemente de haver entrevistas ou não, pedindo, após a coleta e a transcrição, para o orientador explicar o que podia não estar explícito na observação. Ao “fechar” um dia de observação, é importante registrar algo a mais ou ampliar as anotações dentro de 24 horas – no caso, as notas reflexivas, após esse processo, são digitadas para análise dos dados (GRANT, 2017).

As notas etnográficas do estudo em pauta foram do tipo operacionais, metodológicas e teóricas, condizentes com Flick (2009), perdurando até a entrevista para cada participante/binômio, sendo compostas pela data e pela lista de sujeitos a serem abordados, renovando-se com admissões e altas. As notas etnográficas envolveram: eventos observados em palavras-chave, descrição cronológica do que foi dito, sentimentos, reflexões próprias já no registro, primeiras interpretações dos fatos sociais e hipóteses para o próximo contato. As notas foram registradas rapidamente, após a saída da enfermaria, no posto de enfermagem.

Na etnografia focada, as perguntas informais para engajar observação e registros revelaram-se profícuas fontes de dados e foram agregadas às entrevistas. O roteiro da última etapa de coleta foi composto por 16 perguntas abertas, sendo a culminância da coleta formal com cada binômio ou paciente que preferisse responder sem ajuda. Somente

após um trabalho de campo de algumas semanas que se reflexionou que os sentidos começam no diagnóstico, estando expressos na internação e na possibilidade ou não de confecção da estomia. Preferiu-se, por uma questão de tempo e recorte cabíveis à dissertação, a inclusão de dados apenas dos que retornavam do centro cirúrgico com estomização (ileostomia e colostomia). Houve fidedignidade ao representar os sentidos do adoecimento pelo CCR, já que as pessoas com estomia e cuidadores em espera para reconstrução do trânsito intestinal, ou correção de prolapso da alça intestinal, também foram entrevistados.

Na clínica, a fase chamada de “Negociação” consistiu-se em conversa com a equipe, acreditando na compreensão deles acerca dos intuitos da coleta. Conseqüentemente, a aproximação foi mediada pela execução de alguns procedimentos e pela inserção da equipe em debates acerca do estado clínico dos participantes. Secundariamente, para aproximação nos leitos, perguntas informais foram realizadas e manteve-se um breve diálogo, com o intuito de registrar, em primeira instância, o semblante, o que sabiam sobre a doença, além da experiência não verbal.

Chauvin e Jounin (2015) chamam atenção para uma observação fixada na audição e na interação, técnica já bem conhecida nas abordagens pós-modernas e pós-estruturais, mas não abordada com veemência na literatura etnográfica da saúde. Dessarte, perguntas informais, especialmente empregadas, foram feitas sobre o que a instituição simbolizava, o que estava ajudando a passar os dias, as tribulações desde a admissão, as categorias profissionais que mais estavam orientando e a forma com a qual estavam sendo tratados.

Desse modo, nessa experiência, a dissimulação não foi usada, ao contrário, praticaram-se outros procedimentos (CHAUVIN; JOUNIN, 2015) em busca, primordialmente, de compreender sentimentos (sentidos) desde o diagnóstico do câncer e a iminente perturbação, no intuito de oferecer, portanto, a escuta empática.

Inferimos que o sucesso da observação como estratégia depende intimamente da negociação no micro estágio e na obtenção de um acordo. Garantir uma presença não ameaçadora e não julgadora é, assim, um dilema, pois a observação em um período de muitas horas pode ser mais difícil em comparação a uma entrevista (GRANT, 2017). O trabalho de campo de um mês já deu indicativos para obstáculos: o receio de qualquer um que se aproximasse com aspecto e interesses além dos biomédicos e procedimentais; o olhar (fitar o observador ou fitar algo) foi um dos primeiros indicativos – na ocasião de aproximação do leito, o olhar resignado, temeroso e a postura defensiva foram uma tônica inicial a ser confrontada; igualmente a “*performance* corporal” acuada foi explorada no

relatório. Os dados etnográficos mais complexos já interpretados ajudaram a desvelar outros sentidos mais profundos contidos no pós-operatório, um dos quais denominado, por exemplo, Perdas no Processo Paciência Resiliência (CORREA JÚNIOR, 2019).

Chauvin e Jounin (2015) ofereceram pistas para a descrição ordenada na observação participante, raciocínio ilustrado ancorado em alguma ação ou tempo de observação e, por conseguinte, produção de narrativas seguindo alguns parâmetros gerais. Evita-se o “colorido oral” caracterizado pela inclinação a suprimir negações e lapsos dos participantes com opiniões próprias e revê-se, até mesmo, a “alteridade excessiva” por intermédio de uma redação sólida, priorizando os fatos sociais, sempre sendo devidamente destacados no diário de campo com auxílio de uma infinidade de papéis e de canetas coloridas (Figura 2). Além disso, a exclusividade analítica focada no pesquisador foi substituída pelos *feedbacks* no diário. Ocorreu checagem com a própria equipe interprofissional no retorno para o posto de enfermagem, geralmente na figura das técnicas de enfermagem.

Figura 2: Esquemática do registro em diário de campo

<p>Regra:</p> <p>Mesmas perguntas informais em um local e em outro; Apenas em campo posso ter ideia do que vou descrever.</p> <p>Isso é uma besteira. Os locais mudam!</p>	<p>2º dia na clínica cirúrgica - Tarde 21/06/18</p> <p>_____</p> <p>O que contaram a respeito da cirurgia?</p> <p>E a enfermaria?</p> <p>O que sua família achou?</p> <p>O que é mais importante para você agora?</p> <p>"Tá" pronto para mudanças?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Dia de observação: Dia/mês/ano</p> <p>Nome do adoecido</p> <p>Número da enfermaria e leito</p> <p>Aspectos da observação;</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

Fonte: Elaborada pelos autores com auxílio da plataforma de *design* gráfico CANVA.

Para preservar a confidencialidade, os informantes foram denominados do seguinte modo: Informantes primários – “Ip”; Informantes secundários – “Is”; Informantes primários ambulatoriais – “IpA”; e Informantes secundários – “IsA”. Cada código foi acompanhado numericamente pela sequência de abordagem (Ip01, Ip02 etc.). Para identificação das notas de cada, usou-se “diário Ip(A)” ou “diário Is(A)”; e as do

pesquisador, “diário pesq”. Dessa forma, seguem as notas etnográficas no ambulatório quimioterápico e em outros momentos:

Ambulatório – 21/11/2018: Enorme fila e espaço físico reduzido, equipe de enfermagem concentrada em receber papéis. Dinâmica para coleta será confusa, os pacientes encontram-se soltos ou dispostos em uma fila. Após informações com uma enfermeira: pessoas com vários tipos de neoplasia aguardam tratamento quimioterápico, 200 medicações ao dia, enfermeira não tem condições de realizar algum tipo de negociação comigo devido ao fluxo. (30 minutos depois). Enfermeira receptiva me orientou a entrevistar somente amanhã, a clínica encontra-se tumultuada devido ao novembro Azul – **diário pesq.** (Nota do arquivo pessoal do primeiro autor).

Ambulatório – 22/11/2018: O ambulatório quimioterápico é situado no segundo andar, composto por seis consultórios médicos, um de enfermagem e um de serviço social. No momento que chego havia um saxofonista e ao fundo hinos evangélicos. As enfermarias que acomodam as pessoas em tratamento quimioterápico são sete. Minha estratégia de aproximação poderá consistir em negociação com a equipe técnica a fim de saber quais são os usuários com estomia intestinal (como na clínica cirúrgica) ou mesmo a abordagem direta – **diário pesq.** (Nota do arquivo pessoal do primeiro autor).

[...] o local que tirou a minha dor – **diário pesq.** (CORREA JÚNIOR, 2019, p. 86).

A ideia de que é diferente do que falam lá fora, em relação à boa qualidade do serviço prestado o que faculta pensar que a mídia influencia negativamente – **diário pesq.** (CORREA JÚNIOR, 2019, p. 86).

Em minha conversa com paciente sonolento, me diz que acredita que a enfermaria é pequena para quatro leitos, porém não reclama em nada dos profissionais. A estrutura física do quarto é mencionada quanto ao tamanho, falta de preocupação com uma possível infecção e a limpeza do banheiro – **diário Ip07.** (CORREA JÚNIOR, 2019, p. 87).

Ip06 recorda da adoecida que recebeu alta a chamando a carinhosamente de Vó: “Eu fui à igreja aqui eu rezava muito a Deus que ela fique sem bolsa”. Tal preocupação se deve ao fato de Ip06 ter percebido que os cuidadores eram ausentes, algo também percebido por mim em um esquema no qual uma acompanhante de outra adoecida da enfermaria ficava ao lado do leito de Vó, se declarando sua acompanhante e amiga da filha dela em quase todos os contatos. Ip06 encerra: “Ela ficou sem bolsa pois não iam cuidar dela. Foi muito mais forte que eu!” – **diário pesq.** (CORREA JÚNIOR, 2019, p. 100).

Refere a enfermagem como instrumento de Deus; “É mais do que enfermeira”, pois no turno da noite levou a acompanhante para o corredor e falou a sós sobre como seria a vida com a colostomia – **diário Is01.** (CORREA JÚNIOR, 2019, p. 101).

Ao imbuir-se dos enunciados-entrevistas-diário, é interessante saber que algumas das inflexões de tom de voz foram transcritas em colchetes ao ouvir a gravação, embora pistas não verbais estejam ausentes nos áudios. Subsiste, aí, um paradoxo: para fazer a interpretação, o pesquisador vale-se do material textual o qual já se distanciou das experiências vividas e até mesmo da recordação (TAN; WILSON; OLVER, 2009).

Cientes de que o grupo estudado não é inerte diante das perguntas e do convívio com o etnógrafo, a entrevista face a face pode ser um momento para a obtenção de revelações sobre as dinâmicas de poder institucionalizadas na saúde, por enxergarem o pesquisador como um elemento novo no ambiente, pronto para ouvi-los sobre algo que referem como inusitado. Dessarte, a apreensão raramente terminou quando o gravador foi desligado. Contraditoriamente, quando ele é desligado, a tensão e a formalidade desfazem-se e novas conclusões são tomadas (BARBOT, 2015), a exemplo de queixas acerca do atendimento e de uma situação de desumanização.

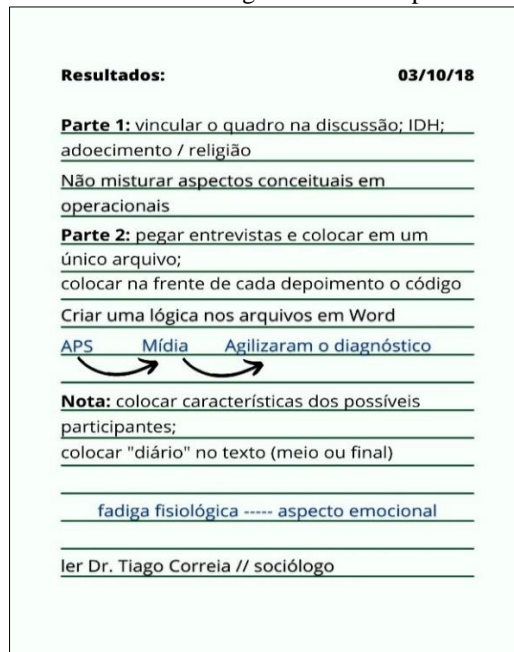
Mediu a pressão de todos e chegou na minha vez a novela ia começar, mediu minha pressão apenas pegando no meu braço e falou: “Não vou ver tua temperatura, tu tá boa!”. Saiu com pressa porque começou a novela; eu não gostei, até falei para outra acompanhante: “Não deixa me sacanear depois que me operarem”. Foram duas que eu não gostei da atitude e tinha medo de cair na mão delas; entrou também duas enfermeiras e contaram que o fulano daqui do lado morreu. Eu não quero saber, a gente fica fragilizada mano! A gente não quer saber disso, vem falar o homem daqui do lado morreu operou e não deu certo, “Coitado”. A Vó entrou em pânico chorou e eu passei mal e veio aqui comigo a psicóloga, estamos com a cabeça a mil, essa doença mata! Ainda tem coragem de dizer: “A tua fé que não está cem por cento, se tivesse cem por cento tu não ficavas assim”; pelo amor de Deus, eu sou o general do quarto – **Ip06**. (CORREA JÚNIOR, 2019, p. 103).

4 Análise e interpretação de dados e (contínua) premência do diário de campo

Correa Júnior (2019), em sua pesquisa, empregou a análise de conteúdo de seis etapas de Braun e Clarke (2006), também denominada análise indutiva de seis etapas. As autoras colocam que, apesar da análise indutiva não levar em conta grades teóricas, é praticamente impossível não encaixar seus dados em determinados compromissos epistemológicos. Braun e Clarke (2006) preconizam: familiarizar-se com os dados, o que frequentemente levamos em conta como familiarização com as fontes de dados e, depois, com as transcrições brutas; gerar temas iniciais com codificação simples amparada pelo uso do diário; aglutinar temas em categorias abrangentes; analisar o nome dado às categorias no intuito de verificar se é compreensível o motivo de cada código/tema estar na mesma (Nível 1 analítico) e averiguar todo o conjunto de categorias (Nível 2 analítico) para gerar um mapa de resultados; definir nomes para os temas, aperfeiçoando-os; e, por fim, escrever o relatório acadêmico. Na dissertação, Correa Júnior (2019) optou por unidades de sentido que comportavam sentidos semelhantes – os últimos foram constituídos por códigos denominados de “subsentesos”.

O diário de campo (Figura 3) foi crucial para a inauguração de unidades e de sentidos. Correa Júnior (2019) utilizou vários papéis e canetas coloridas para melhor visualização dos achados.

Figura 3: Notas metodológicas e teóricas para a análise¹⁰



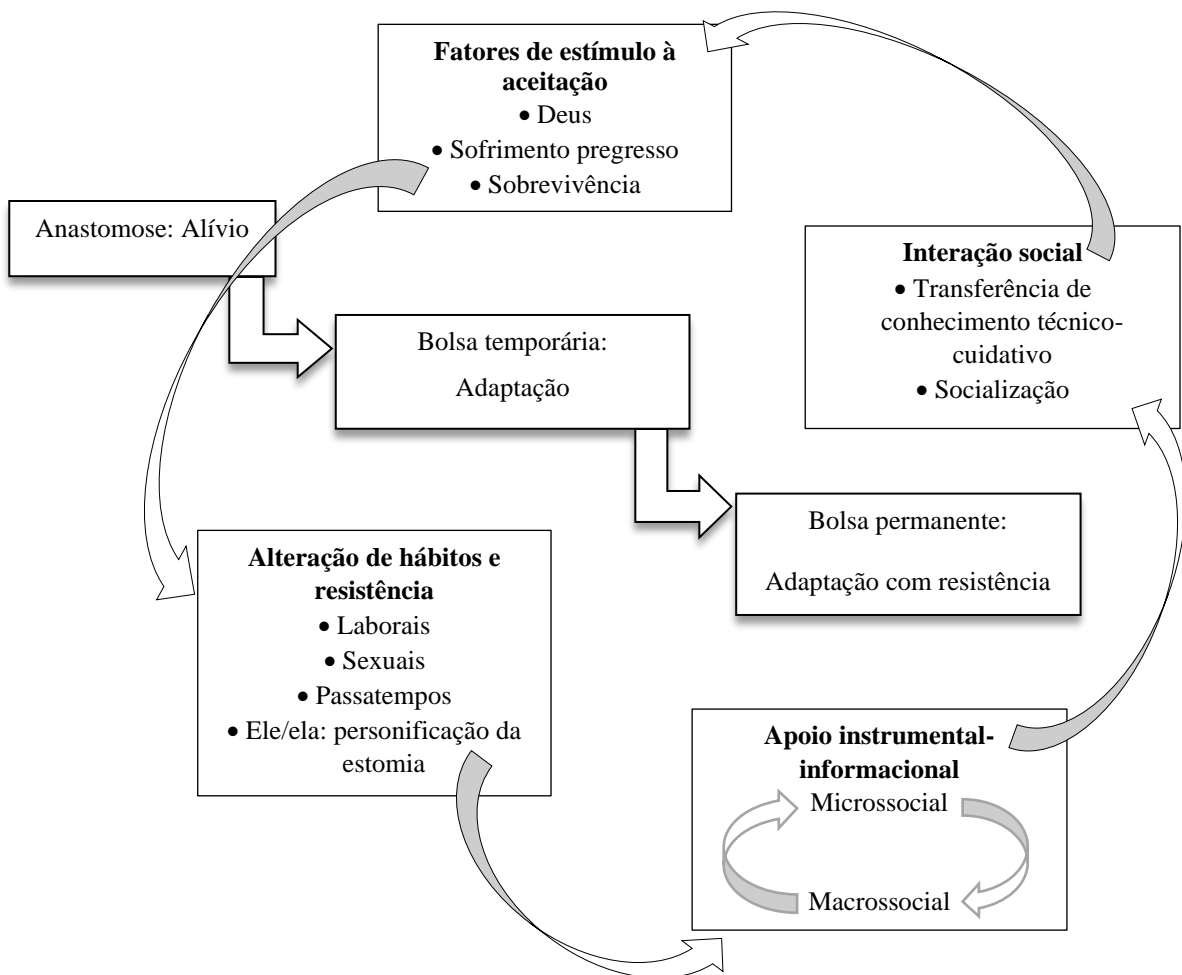
Fonte: Elaborada pelos autores com auxílio da plataforma de *design* gráfico CANVA.

A apresentação de achados etnográficos só fica completa com a devida documentação, um processo no qual se almeja passar a riqueza de detalhes que se apreendeu para o leitor, aumentando a autenticidade, a robustez e a credibilidade (GOLD, 1997). Por conta disso, a triangulação bem explicada de técnicas e de métodos é uma das formas de palmilhar o rigor metodológico na etnografia focada, revelando diferentes perspectivas do que é lido (FLICK, 2009; POLIT; BECK, 2019). A triangulação foi do tipo explícita, segundo Flick (2009), e espacial, conforme Polit e Beck (2019), com dados obtidos na clínica cirúrgica e no ambulatório de quimioterapia. Assim, Correa Júnior (2019) colocou os dados do diário em parênteses após os excertos das entrevistas. Yin (2015) alerta que é preciso analisar separadamente cada fonte de evidência para, depois, triangular o conjunto no que o autor chama de “convergência”. Na divergência de evidências, a triangulação não é recomendada, visto que há o emprego de uma síntese narrativa para comunicar essas incompatibilidades.

¹⁰ Uma nota com menção ao sociólogo Tiago Correia, que desenvolveu um trabalho interessante sobre medicalização por operadores biomédicos e não biomédicos – ver Correia (2017).

Na análise da Figura 4, houve implosão, ou pelo menos a gradação, de conceitos como micro e macro, sistema *versus* visão de mundo, centro e periférico em prol de uma perspectiva, uma contação das histórias locais ancorada em fontes privilegiadas de diversas perspectivas, religiões, cidades e participantes de vários fluxos (KUBIK, 2009). Assim, desvelaram-se os sentidos do acesso ao CACON: peregrinação pela Saúde suplementar e, depois, Atenção terciária; Atenção Primária, Saúde suplementar e Atenção terciária; e Atenção Primária, exames pela rede pública e Atenção terciária. Para Manzo (2015), o *continuum* individual/coletivo e um *continuum* micro/macrocóptico e objetivo/subjetivo são combinados em esquemas multidimensionais.

Figura 4: Interpretação dos sentidos de adoecidos pelo CCR na espera pela cirurgia de confecção de estoma



Fonte: Correa Júnior (2019, p. 95).

A importância da etnografia focada para a atenção especializada é a ponderação do que vem a ser a consciência pública, as coerções biomédicas, as maneiras de ser coletivas, as formas de adaptação para a sobrevivência (dada a confecção de estomia na

qual será acoplada uma bolsa de coletores de efluentes fecais). Os fatos sociais realçados com a interpretação são relativos a uma fase do percurso, oriundos das condições de vida e das condições intrapsíquicas dos pesquisados. Dessa maneira, não é bom mascarar nada disso por uma explicação de sociedade regular (DURKHEIM, 2012).

As limitações (de percurso) da experiência foram os sentidos da internalização do adoecimento, apenas citados, mas não explorados em profundidade devido ao pouco tempo de contato ambulatorial. Semelhantemente, os sentidos da sexualidade foi um fator pouco refletido pelos que estavam internados, além da resiliência coletiva e do engajamento com outros significativos, algo caro aos cenários de Atenção Primária.

5 Considerações finais

A reflexão sobre a etnografia focada permitiu contemplar *nuances* metodológicas voltadas aos contatos empáticos, aos problemas de investigação claros, às entrevistas em profundidade como uma intervenção – na medida em que buscaram eventos passados que influenciaram nas trajetórias dos depoentes –, à observação sociológica como ação e às descrições densas reflexivas em diário. Os sentidos foram uniformemente obtidos sob a lente dos fatos sociais, vistos pelos participantes como imposições do SUS, como a medicalização da qual não puderam escapar e outros elementos os quais Émile Durkheim nomearia como “consciência coletiva”.

As pequenas narrativas foram a estratégia metodológica-conceitual que propiciaram esse movimento, embasadas na humildade cultural do pesquisador nos contatos, implicando uma narração livre-libertadora, mas com historicidade acertadamente remetida à premência em explicações da escala micro e macro, e que, em um esforço para a área da Saúde, trouxesse benefícios às linhas de cuidado e seus atores. Em seguimento, as pequenas narrativas multivozes não devem, assim, ser encobertas pelo objetivismo cego, pois estão ancoradas em um espaço que muito diz.

É desejável que a amostragem pense mais nos sentidos, nos fenômenos e nas experiências, do que exclusivamente em um “grupo pequeno” de participantes isolados em um *lôcus* biomedicalizante por excelência. Outro ponto é não buscar sempre por *feedbacks*, incorrendo em um erro de alteridade. A Sociologia durkheimiana, dada a devida correspondência com nossa época e propósitos apartados do positivismo, ruma a recortes participativos e reivindicativos dos participantes, dependendo bastante da postura

de autorreflexão do etnógrafo, a fim de não reproduzir ou ao menos afastar-se de jargões amplamente superados. Assim, expomos como elementos centrais desta contribuição:

- **Dinâmica:** premência da negociação com a equipe assistencial do serviço; necessidade da checagem em prontuário como o usuário passou nos turnos em que não esteve no serviço; registro e expansão de notas em um local à parte do que ocorreu a observação (no caso deste estudo, enfermarias); trazer esclarecimentos sobre a vida no pós-cirúrgico quando indagado; registrar, em diário, novas formas de se aproximar e engajar conversas bem como formas que não surtiram resultados.
- **Desmistificações:** observações desconectadas do engajamento em conversas; contato diário e contínuo sempre com as mesmas perguntas, pois repetir as indagações cansa os participantes internados – calcular momentos oportunos para acercar-se novamente do mesmo depoente –; coleta de dados paralela a algum procedimento técnico, o que certamente impacta o tipo de abertura que o pesquisador terá com os participantes; entrevistas são mais importantes que as notas etnográficas; fragilidade em possuir mais de um tipo de informante – em nosso caso foi o oposto, a importância do binômio cuidador e adoecido foi nítida.

Nosso maior interesse, neste artigo, como pesquisadores que já vivenciaram o percurso, é esclarecer que esse método e suas abordagens são relevantes para o contexto hospitalar e não devem cair em desuso ou ficarem restritos à teoria nas aulas em Programas de Pós-Graduação. Notas anteriormente traçadas foram ponderadas no sentido de tirarem-se dúvidas, reafirmando a conveniência da etnografia focada para o debate da saúde pública em todos os seus níveis assistenciais e escalas de cuidado.

Compreendemos que os avanços teóricos e bricolagens não existem para afastar os pesquisadores da saúde das “fontes fundamento puras” das Ciências Sociais, mas, sim, indagar que tipo de etnografia queremos: uma que perquiria profundamente sentidos do adoecimento, do tratamento e do cuidado, explicando as fortalezas e as fragilidades escalares das interrelações dentro e fora dos serviços do SUS.

Referências

BARBOT, J. Conduzir uma entrevista de face a face. In: PAUGAM, S. (org.). **A pesquisa sociológica**. Petrópolis: Vozes, 2015. p. 102-123.

BOUDON, R. **A Sociologia como ciência**. Petrópolis: Vozes, 2016.

BOURDIEU, P. O paradoxo do sociólogo. In: BOURDIEU, P. (ed.). **Questões de sociologia**. Petrópolis: Vozes, 2015. p. 84-108.

BRASIL. Ministério da Saúde. **ABC do câncer**: abordagens básicas para o controle do câncer. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. 6. ed. rev. atual. Rio de Janeiro: INCA, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada em Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Guia de atenção à saúde da pessoa com estomia**. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

BRAUN, V.; CLARK, V. Using thematic analysis in psychology. **Qualitative research in psychology**, [s. l.], v. 3, n. 2, p. 77-101, 2006. DOI: <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>

CASTELLANOS, M. E. P. A narrativa nas pesquisas qualitativas em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, p. 1065-1076, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014194.12052013>

CHAUVIN, S.; JOUNIN, N. Observação direta. In: PAUGAM, S. (org.). **A pesquisa sociológica**. Petrópolis: Vozes, 2015. p. 124-140.

CORREA JÚNIOR, A. J. S. **Os sentidos do adoecimento pelo câncer colorretal**: estudo etnográfico. 2019. 162 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Pará, Belém, 2019. Disponível em: https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=7653772. Acesso em: 22 nov. 2022.

CORREIA, T. Revisiting medicalization: a critique of the assumptions of what counts as medical knowledge. **Frontiers in Sociology**, Lausanne, v. 2, p. 1-9, set. 2017. DOI: <https://doi.org/10.3389/fsoc.2017.00014>

CZERESNIA, D.; MACIEL, E. M. G. S.; OVIEDO, R. A. M. **Os sentidos da saúde e da doença**. Rio de Janeiro: Editora da Fiocruz, 2013.

DINIZ, D. O que é isso que chamamos antropologia da saúde no Brasil. **Revista Brasileira de Pós-Graduação em Ciências Sociais**, Brasília, v. 1, n. 1, p. 213-234, 1997.

DURKHEIM, E. **As regras do método sociológico**. São Paulo: Edipro, 2012.

FLICK, U. **Qualidade na pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FORONDA, C. *et al.* Cultural humility: a concept analysis. **Journal of Transcultural Nursing**, [s. l.], v. 27, n. 3, p. 210-217, maio 2016. DOI: <https://doi.org/10.1177/1043659615592677>

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. 1. ed. reimp. Rio de Janeiro: LTC, 2017.

GEERTZ, C. **Nova luz sobre a antropologia**. Rio de Janeiro: Zahar, 2001.

GOLD, R. L. The ethnographic method in Sociology. **Qualitative inquiry**, [s. l.], v. 3, n. 4, p. 388-402, dez. 1997. DOI: <https://doi.org/10.1177/107780049700300402>

GRANT, A. “I don’t want you sitting next to me”: the macro, meso, and micro of gaining and maintaining access to government organizations during ethnographic fieldwork. **International**

Journal of Qualitative Methods, [s. l.], v. 16, n. 1, p. 1-11, dez. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1177/1609406917712394>

HIGGINBOTTOM, G. M.; BOADU, N. Y.; PILLAY, J. J. Guidance on performing focused ethnographies with an emphasis on healthcare research. **The Qualitative Report**, [s. l.], v. 18, n. 9, p. 1-16, abr. 2013. DOI: <https://doi.org/10.46743/2160-3715/2013.1550>

HOROWITZ, I. L. Sociology and politics: the myth of functionalism revisited. **The Journal of Politics**, Chicago, v. 25, n. 2, p. 248-264, maio 1963. DOI: <https://doi.org/10.2307/2127464>

KALLA, M. *et al.* Making sense of chronic disease using Emotional Freedom Techniques (EFT): an existential view of illness. **Explore**, New York, v. 16, n. 4, p. 214-224, jul./ago. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.explore.2020.03.006>

KUBIK, J. Ethnography of politics: foundations, applications, prospects. *In*: SCHATZ, E. (ed.). **Political ethnography: What immersion contributes to the study of power**. Chicago: Chicago Press, 2009. p. 25-52.

LIMA, I. C. S.; SAMPAIO, J. J. C. Construção de la etnografía como método de investigación desde la antropología del devenir. **Revista Cubana de Enfermería**, Havana, v. 38, n. 1, p. 1-3, 2022.

MALINOWSKI, B. **Os argonautas do Pacífico Ocidental**. v. 2. São Paulo: Abril Cultural, 1978.

MANZO, G. Macrosociology-Microsociology. *In*: WRIGHT, J. D. (ed.). **International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences**. 2. ed. v. 14. Oxford: Elsevier, 2015. p. 414-421.

MCINTOSH, M. J.; MORSE, J. M. Situating and constructing diversity in semi-structured interviews. **Global Qualitative Nursing Research**, [s. l.], v. 2, p. 2, p. 1-12, ago. 2015. DOI: <https://doi.org/10.1177/2333393615597674>

MOEN, T. Reflections on the narrative research approach. **International Journal of Qualitative Methods**, [s. l.], v. 5, n. 4, p. 56-69, dez. 2006. DOI: <https://doi.org/10.1177/160940690600500405>

MONTICELLI, M. *et al.* Aplicações da teoria transcultural na prática da enfermagem a partir de dissertações de mestrado. **Texto & Contexto-Enfermagem**, Florianópolis, v. 19, p. 220-228, abr./jun. 2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072010000200002>

NILSON, C. A journey toward cultural competence: the role of researcher reflexivity in indigenous research. **Journal of Transcultural Nursing**, [s. l.], v. 28, n. 2, p. 119-127, mar. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1177/1043659616642825>

PACHECO, R. A.; ONOCKO-CAMPOS, R. “Experiência-narrativa” como sintagma de núcleo vazio: contribuições para o debate metodológico na Saúde Coletiva. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 1-19, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/s0103-73312018280212>

PEIRANO, M. Etnografia não é método. **Horizontes antropológicos**, Porto Alegre, ano 20, n. 42, p. 377-391, jul./dez. 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312018280212>

PLAZA DEL PINO, F. J. *et al.* Hospitalization experience of Muslim migrants in hospitals in Southern Spain—Communication, relationship with nurses and culture. A focused ethnography.

International Journal of Environmental Research and Public Health, [s. l.], v. 17, n. 8, p. 1-15, abr. 2020. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph17082791>

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem**. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

RISING, M. L. Truth telling as an element of culturally competent care at end of life. **Journal of Transcultural Nursing**, [s. l.], v. 28, n. 1, p. 48-55, jan. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1177/1043659615606203>

SABINO, C.; CARVALHO, M. C. V. S. Anthropological structural functionalism and commensality: brief reflections on social change. **Demetra: Food, Nutrition & Health**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 215-265, 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.12957/demetra.2013.3611>

SANTOS, A. C. S. D. dos. “Olho de Parente” e o “Olho Estranho”: considerações etnográficas sobre viver, olhar, ouvir, escrever e permanecer. **Novos Debates**, Brasília, v. 7, n. 1, p. 1-17, 2021. Disponível em: <http://novosdebates.abant.org.br/wp-content/uploads/2022/09/FO%CC%81RUM-Ana-Clara-Dama%CC%81sio-DIAGRAMADO.pdf>. Acesso em: 7 dez. 2022.

TAN, H.; WILSON, A.; OLVER, I. Ricoeur’s theory of interpretation: an instrument for data interpretation in hermeneutic phenomenology. **International Journal of Qualitative Methods**, [s. l.], v. 8, n. 4, p. 1-15, dez. 2009. DOI: <https://doi.org/10.1177/160940690900800401>

TOUBØL, A. *et al.* “Even though I have dementia, I prefer that they are personable”: a qualitative focused ethnography study in a Danish general hospital setting. **Global Qualitative Nursing Research**, [s. l.], v. 7, p. 1-11, jan. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1177%2F2333393619899388>

VAN BELLE, E. *et al.* Exploring person-centred fundamental nursing care in hospital wards: a multi-site ethnography. **Journal of Clinical Nursing**, [s. l.], v. 29, n. 11-12, p. 1933-1944, jun. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1111/jocn.15024>

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2015.

Recebido em: 19 de setembro de 2022.

Aceito em: 23 de novembro de 2022.