

FACILITAÇÕES E BARREIRAS EM PESQUISAS DE CAMPO NO EMPREGO DE MÉTODOS QUALITATIVOS E EM PARTICULAR EM INSTITUIÇÃO INFORMAL DE SAÚDE

MILENE PESCATORI PACKER¹

EGBERTO RIBEIRO TURATO²

RESUMO

O objetivo deste artigo é construir uma introdução teórica sobre o processo de entrada em campo para coleta de dados, em pesquisas de orientação humanística na área da saúde. Diferentes tipos de campo a serem explorados são aqui destacados. Igualmente, apresenta breve relato da experiência da primeira autora quanto às vicissitudes do ingresso no campo de investigação. Trata-se de projeto na particular pesquisa clínico-qualitativa, desenvolvido em instituição de cuidadores informais à saúde. Consideram-se os itens de apreciação prévia e indispensável para o bom desenvolvimento da pesquisa: a escolha do campo; os primeiros contatos com os responsáveis; a imersão em seu enquadre físico-ambiental e psicocultural; a sequente seleção dos sujeitos convidados a colaborar; e a aplicação do roteiro de entrevista e de observação. Tais elementos são também relevantes para a aceitável validade dos dados coletados. Vieses nessas etapas – quando não removidos ou manejados – comprometem negativamente o rigor dos resultados. Os autores fecham o texto, pontuando que os pesquisadores devem estar atentos a cada fase do empreendimento para assim desempenhar um bom trabalho. Devem ser diligentes nos eventuais obstáculos metodológicos que surgem no decorrer do processo: (a) possível recusa de autorização por parte dos responsáveis pelo local eleito para realização da pesquisa; (b) não consentimento eventual por parte de sujeitos convidados para a pesquisa; (c) encontro de número insuficiente de sujeitos para fechamento da amostra em certo campo. Deparando-se com essas possibilidades, os pesquisadores não devem esmorecer, nem logo cogitar em alterar o projeto.

Palavras-chave: Pesquisa Qualitativa; Coleta de Dados; Entrevista; Variações Dependentes do Observador.

FACILITIES AND BARRIERS IN FIELD RESEARCH WITH USE OF QUALITATIVE METHODS AND PARTICULARLY IN HEALTH INFORMAL INSTITUTION

ABSTRACT

The aim of this paper is to build a theoretical introduction about the process of entry into the field to collect data in humanistic orientation research in health. Different types of fields to be explored are mentioned here. Also it presents a brief report on the experience of the first author about the vicissitudes of entering the field of research. This is a project in the clinical-qualitative research method, developed in an institution of informal caregivers to health. Some items are considered indispensable for the development of the research: the choice

¹ Terapeuta Ocupacional. Mestre através do Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas - Área de Saúde Mental, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). Endereço eletrônico: mavami@terra.com.br.

² Psiquiatra. Professor Livre-Docente do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria, Coordenador do Laboratório de Pesquisa Clínico-Qualitativa, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. Endereço eletrônico: erturato@uol.com.br.

of the field, the first contacts with officials, the immersion in its physical frame and psycho-cultural environment, the sequential selection of subjects invited to collaborate, and the application of the interview and observation. Such elements are also relevant to an acceptable validity of the data collected. Biases in these steps – if not removed or managed – undermine negatively the accuracy of the results. The authors close the text, pointing out that researchers should be aware of each phase of the project to do a good work. They must be diligent in the methodological obstacles that arise during the process: (a) possible refusal of authorization by the responsible local elected to perform the research, (b) no consent by any subjects invited for research; (c) finding of insufficient number of subjects for closing the sample in a certain field. Faced with these possibilities, researchers should not lose faith and not just think of changing the research design.

Keywords: Qualitative Research; Data Collection; Interview; Observer Variation.

INTRODUÇÃO

Considerando as consagradas *metodologias qualitativas de pesquisa*, de emprego fortemente crescente nas áreas da Saúde em seus diversos níveis hierárquicos da produção acadêmica, percebemos a necessidade de colocar em discussão certas estratégias cruciais desta investigação científica. Assim, privilegiamos tópicos como a *ambientação e a aculturação* de investigadores, enquanto fases preparativas para coleta validada de dados em *settings* particulares. O *recorte do objeto* eleito para este artigo delimitou-se em expor as vicissitudes encontráveis no processo da entrada de pesquisadores em campo de empreendimento humanístico, aqui particularizando facilidades e barreiras frequentes da aproximação com instituições cuidadoras da saúde ditas informais.

Partimos das concepções da inovadora metodologia clínico-qualitativa, que procurou casar os consagrados *métodos científicos qualitativos* trazidos das áreas das Ciências Humanas (sobretudo nas construções antropológicas e nos enfoques psicanalíticos), com nossos clássicos estudos desenvolvidos sobre a *atitude clínico-psicossocial* desenvolvidos em empirias e em teorias dos profissionais das Ciências da Saúde (TURATO, 2005). Fique esclarecido o aspecto do radical *clínico* – contido na expressão denominadora deste método: não se trata aqui de conciliação entre pesquisa científica e atividade clínico-assistencial. Não é um método qualitativo que veio incorporar uma prática

clínica que normalmente considera os diagnósticos em Saúde ou que leva em conta as terapêuticas empregadas.

O elemento ‘clínico’ do nome desta estratégia metodológica quer unicamente ressaltar seu sentido etimológico. Vindo de *kline*, do grego, que quer dizer *cama*, a *atitude clínica* aponta, neste método, a posição assumida de valorização do ‘inclinarse’ em direção a quem sofre (historicamente, examinar o acamado). A finalidade é vê-lo e ouvi-lo. Em decorrência, essa atitude dá importância às angústias existenciais inerentes aos entrevistados trazidas com a preocupação com a saúde, bem como aos sentimentos necessariamente trocados, no presente, entre o pesquisador e o informante ao longo da entrevista pessoal. Nessa perspectiva, o interesse recai sobre a descrição das vivências individuais com consequente discussão psicodinâmica, em contraposição à valorização das interações humanas coletivas – bastante frequente na literatura – características dos métodos qualitativos empregados nas sociologias e antropologias.

Dentre tantas definições, na difundida visão de Denzin e Lincoln, no presente texto entenderemos que os pesquisadores qualitativistas são aqueles que estudam os fenômenos humanos em seu ambiente natural, procurando discuti-los e interpretá-los, partindo dos significados que as pessoas atribuem a tais ocorrências, sejam vivenciadas por si próprias ou observadas em outros de seu círculo (DENZIN e LINCOLN, 2006).

Os investigadores qualitativistas ocupam-se de entender criticamente os *processos humanos* – sejam nas dimensões pessoais/individuais ou nas sociais/coletivas. Querem saber *como* os fenômenos constituem *nexos de sentido* às pessoas ou aos grupos. Preferimos o termo *fenômeno* e não a palavra *fato*, pois esta tem uma carga semântica forte a partir do positivismo. Entendemos ‘fenômeno’ como tudo o que se faz mostrar, sendo precisamente a ‘luz’ manifesta, passível de ser apreendida pela sensopercepção humana. Faz-se representar posteriormente, tal como em espelho, na consciência elaborativa do observador-pesquisador.

Em termos de foco de estudo, métodos qualitativos são percursos para levar a compreensões de singularidades, considerando ocorrências específicas da vida humana. Satisfazem-se tecnicamente com amostras de sujeitos em pequeno número, sobretudo porque são abordados em profundidade (FONTANELLA, RICAS e TURATO, 2010). As falas e os comportamentos observados são registrados integralmente e nesse *corpus* (transcrição completa dos registros), valorizam-se os *significados* que os fenômenos adquiriram para as pessoas. Assim é feito porque admitimos a premissa de que significados têm uma função organizadora/estruturante na vida dos indivíduos e das sociedades.

É ingênuo crer que seriam os chamados ‘fatos’ que organizam nossas vidas. Ao contrário, elas são organizadas em torno dos *sentidos* que damos – psíquica e culturalmente – a tais ocorrências, respectivamente no microuniverso cotidiano de cada um de nós e no macrouniverso social em que estamos inseridos. Para fazer ciências humanas não partimos das premissas de que o homem é um animal racional ou animal que pensa. Não há motivos para negar que cães e gatos também pensam. O que marca o ser humano é que ele é um animal que simboliza. Na evolução, desde que desenvolveu uma linguagem de significados e se inseriu numa cultura de representações, o homem passou a ser

passível de estudos científicos com métodos de pesquisa autônomos em relação aos das ciências naturais.

Como dito acima, remetemo-nos à aplicação de um particular enfoque dos estudos teóricos sobre pesquisas qualitativas, que se denomina *pesquisa clínico-qualitativa*. Em sua construção teórico-epistemológica, busca-se interpretar essas representações psicológicas e complementarmente socioculturais, tais como reportadas pelos entrevistados. Em enquadres em que se prestam cuidados assistenciais no processo saúde-doença, os sujeitos escolhidos para estudo podem ser pacientes, familiares ou mesmo profissionais de saúde (TURATO, 2005).

Em etapa subsequente, os investigadores, na solidão de suas escrivatinhas e em alternância com a revisão dos resultados com seus pares, desvelarão, com criatividade, os nexos entre os achados da etapa empírica de campo. Deixou-se para trás o campo, esta entidade delimitada num recorte espacial, guardando suas propriedades das interações humanas num determinado recorte temporal e que comportou o objeto eleito da investigação (MINAYO, 2007). Deste modo, o observador-entrevistador deixou um *setting* em que se definirão todas as inter-relações psicológicas, socioculturais e ambientais considerando a relação pesquisador-pesquisado. A *escolha* do campo foi propriamente determinada a partir dos pressupostos formulados e redigidos inicialmente no projeto de pesquisa – fruto de perguntas motoras que inquietaram o autor – em consonância com os *objetivos* também estabelecidos nos escritos deste plano investigativo.

Ainda sobre a importância do campo de pesquisa, deve-se à condição de ser o local/ambiente que, de alguma forma e por certo período, é parte natural da vida daqueles sujeitos que serão entrevistados. Operacionalmente, este espaço físico-psicossocial pode consistir desde a própria moradia do sujeito até o local em que ele se submete aos cuidados curativos e

preventivos dos problemas de saúde. A mencionada metodologia clínico-qualitativa tem se ocupado, mais frequentemente, do estudo vindo de dados coletados em serviços de atenção primária à saúde, em pronto-atendimentos, em ambulatórios clínicos ou em unidades de internação hospitalar.

Como se relacionar com o campo visando à fidelidade da pesquisa?

Anteriormente, usando critérios para justificativa da pesquisa, tais como a relevância clínico-epidemiológica do tema, seus aspectos pouco explorados ou inéditos, sua factibilidade enquanto empreendimento científico e, por fim, a oportunidade circunstancial e operacional de pesquisar esse assunto, o pesquisador delimitou assim o foco oficial de seu trabalho. Epistemologicamente, consideramos que foi a *indagação motriz* para um projeto científico, representando uma inquietação humana e existencial, que pediu necessárias respostas. Esta pergunta associou-se à *hipótese do trabalho* que começou o fio condutor do projeto prosseguindo todo seu desenvolvimento.

Chegou o momento do contato com aqueles que ocupam o campo da pesquisa. A aproximação enquanto na posição de pesquisador deve ser paulatina, quando terá a percepção crescente das condições de exequibilidade do projeto.

Se o local escolhido reúne inicialmente as condições necessárias e suficientes para a pesquisa – boa ambientação física e possibilidade de aculturação ao *setting* psicossocial –, o pesquisador assegura-se de que as informações a serem extraídas gozarão de grande validade metodológica. Faz parte dessa estratégia de abordagem, bem como dos princípios éticos com seres humanos, apresentar previamente seu projeto aos responsáveis pela instituição. Tal desenho teórico conterá seções usuais dos planos científicos, nos quais se destacam: a contextualização na literatura acadêmica,

os propósitos e razões da atividade, os procedimentos detalhados de trabalho nesse campo, as previsões cronológicas e o oferecimento de devolver futuramente, em conclusões, o que se construiu de novos conhecimentos para ciência desses mesmos responsáveis, bem como da equipe que ali exercia suas tarefas profissionais.

A experiência adquirida no acompanhamento das atividades institucionais tem confirmado que um cronograma realista torna-se crucial, pois desde a montagem de toda a documentação visando à aprovação pelos órgãos acadêmicos, bem como a aprovação pelos comitês de ética podem já consumir prazos mais longos do que o suposto. Cabe ao autor-executor do projeto, sob orientação de pesquisadores seniores, estimar o intervalo de tempo preciso para a passagem em todas as instâncias administrativas, sejam as acadêmico-universitárias, sejam as hierarquias organizacionais dos serviços de saúde.

Por sua vez, ao chegar a etapa da *ambientação* propriamente dita, procura-se uma adaptação pessoal ao determinado espaço funcional e à rotina de trabalho, em particular aos hábitos das pessoas locais, conhecendo os profissionais e os pacientes (TURATO, 2010). A etapa da *aculturação*, praticamente simultânea, define-se como um fenômeno mais amplo e repleto de significações, quando comparadas à noção da ambientação. Trata-se do processo de assimilar a *linguagem* e os *valores* culturais da comunidade em foco, na qual se faz imersão temporariamente, conquistando o status de “ser um deles” (TURATO, 2010).

Na concepção da pesquisa clínico-qualitativa, o processo da aculturação traz ganhos paralelos, tais como quebrar resistências subjetivas à entrada em campo ‘estranho’, além dos propósitos objetivos de *compreender os sentidos* embutidos ao que ali é dito

de rotina e *entender as atitudes e simbolizações* dos que habitam ou convivem dentro desse campo de interações. Esta etapa de se entrar num espaço previamente organizado requer natural cautela: quem entra é o “estranho” e o “intruso”. Assim deve lidar com as não raras desconfianças subliminares sobre aonde este pesquisador pretende chegar com sua presença e observação.

Cabe ressaltar que também nesta metodologia empregada na saúde, assim como nas investigações genuínas das ciências humanas, o pesquisador é o *instrumento principal* da pesquisa, posto que, em seus órgãos do sentido, ele tem os meios diretos para apreender as manifestações do objeto sob estudo. No método clínico-qualitativo, com a valorização dos sentimentos ditos transferenciais, bem como com a atitude clínica de acolhimento a quem porta angústias consideráveis, o pesquisador pode tornar-se uma ferramenta de alta precisão, cujos olhos e ouvidos acurados servem para propiciar grande validade à coleta.

Codificamos, dentre as possíveis *barreiras* contra o bom êxito da entrada em campo, os seguintes elementos: os mencionados sentimentos e ideação de intrusão dos pesquisadores, nem sempre conscientes; sentimentos de invasão da privacidade, isto é, o pesquisador sendo percebido pelas pessoas do campo como um agente de certo desequilíbrio do “normal funcionamento da casa”; ideação paranóide, na qual o pesquisador é visto como possível agente identificador das limitações e defeitos da instituição; e, por fim, expectativa de um retorno positivo e imediato devido à presença do pesquisador em quem é projetada a figura de um agente ‘salvador’ de problemas ali existentes. Este pode sentir-se um intruso na rotina da instituição, bem como um observador invasivo de seus problemas (TURATO, 2010).

Passada esta fase de começo da entrada em campo, o pesquisador partirá espontaneamente para a escolha dos sujeitos da pesquisa, de modo a preencher os critérios

de inclusão que havia estabelecido em sua proposta. Entrevistar os sujeitos pode ser tarefa demorada por questões operacionais de conciliar disponibilidades do entrevistador e do entrevistado.

Obviamente, muitas são as estratégias usadas pelos pesquisadores em saúde para a entrada em campo, buscando harmonia de relações e enquadre às características do ambiente e dos hábitos das pessoas da casa. Às vezes, um recuo breve e de efeito pedagógico, aproveitando para fazer interlocução com seus pares de pesquisa e orientação com colegas mais experientes, ajudará o pesquisador a enxergar melhor o campo em sua configuração. Assim, lançará mão de outros recursos teóricos e de procedimentos para encontrar caminhos mais abertos para dar continuidade à sua empreitada.

SETTINGS DA SAÚDE ENQUANTO CAMPOS INSTITUCIONALMENTE FORMAIS E INFORMAIS

Como mencionado, a escolha correta do campo é decorrente do desenho da pesquisa e é evidentemente fundamental para o adequado desenvolvimento da coleta de dados. Nas pesquisas qualitativas, a entrada em campo com determinação, mas com tranquilidade, é imprescindível, considerando que um ser humano estudará outro ser humano. Sujeito observador e sujeito observado pertencem à mesma categoria de “objetos” envolvidos na construção do conhecimento.

Particularizamos aqui dois tipos de enquadre em saúde para o desenvolvimento de pesquisa: o campo dito *formal* (instituições oficiais de saúde ligadas a profissionais legalmente habilitados para o exercício das ações em saúde) e o chamado *informal* (instituições leigas que são cuidadoras em saúde em concepção ampla, sem necessariamente incorporar serviços técnicos especializados). Esta última costuma ser acolhedora de sujeitos em desamparo psicossocial que

afeta sua saúde global. Em ambos os casos, no entanto, o pesquisador entrará em contato com os futuros entrevistados naquele ambiente que se configura em *setting* natural dos sujeitos.

Sabemos que as instituições formais – comumente praticantes de abordagens terapêuticas e preventivas em saúde – estão divididas em graus de complexidade, segundo os problemas do indivíduo e da população: unidades da rede básica, ambulatórios de diversos graus de procedimentos, de internação de observação ou prolongada, serviços de aplicação de medidas de urgência e de emergência. Nestes settings, geridos por pessoas que se formaram academicamente em instituições escolares de convívio com a construção e a transmissão do conhecimento científico, supõe-se que o pesquisador encontrará uma acolhida objetiva que lhe permita aproximar-se de modo, digamos, mais ortodoxo tal como ele já costuma trabalhar.

Por sua vez, as instituições ditas informais em saúde são as que não necessariamente disponibilizam equipes assistenciais graduadas, mas movidas por preocupações humanistas ou vocações religiosas que dão acolhida a pessoas carentes, em muitas de suas dimensões, incluindo as portadoras de problemas de saúde física ou mental. Talvez, pelo fato de essas organizações estarem fora do circuito habitual do profissional prestador de assistência em saúde, quando este opta por realizar atividade de pesquisa científica, a escolha de seu campo investigativo recai normalmente sobre a própria instituição formal. Ainda que as organizações não formais possam ser, eventualmente, mais acolhedoras em receber o cientista, este, segundo observamos empiricamente, tende a ocupar-se em pensar suas hipóteses de trabalho e operacionalizar os respectivos projetos em seu campo natural do trabalho oficial. Assim, por facilitação, investigam populações que já se constituíam em sua casuística assistencial.

Sugerimos que certa distinção entre as dinâmicas das instituições formais e informais esteja na mentalidade e nos aspectos culturais das equipes que nelas trabalham. As formais, tendo equipes oficialmente profissionalizadas, criam modelos ditados pelo saber teórico, que refletem em estruturas de poder onde as facilitações e barreiras para pesquisas humanísticas são de outra ordem. As instituições informais organizam-se igualmente em equipes, porém internamente são constituídas de modo mais homogêneo, quando considerada a questão do saber laico.

Entendemos que as relações de poder interpessoal nas organizações informais são construídas sobre outras colunas, também complexas, embora aparentemente mais tênues quando são comparadas, por exemplo, com as relações mais rígidas do ambiente acadêmico. À primeira vista, nos campos de pesquisa constituídos em instituições informais de saúde, o pesquisador, por advir da rotina do meio acadêmico, se deparará com pessoas que constroem relações humanas com trato diferente. Digamos que são habitualmente regidos pelo ideário do altruísmo, do voluntariado. Teoricamente, centram mais sua ação na ajuda global ao indivíduo necessitado, contrastando com toda a rotina administrativa de um hospital convencional, por exemplo. Ali a atenção ao doente é dividida com a atenção imposta pela rotina dos procedimentos clínicos e dos registros médicos, de enfermagem, serviços psicossociais e afins.

O pesquisador em saúde que se interessar por estudar *significados das vivências* de pessoas com problemas físicos ou mentais, que estejam acolhidas nas instituições informais, deverá deter peculiares estratégias de entrada e construção de relações em campo. Este foi obviamente escolhido quando as *premissas de trabalhos científicos* pediram questionar, por exemplo, *como* os sujeitos experienciam esses locais como instituições de acolhimento, sejam por influência de fatores socioeconômicos e/ou psicoculturais.

Neste enfoque, delineiam-se os *escopos* da pesquisa, tais como desvelar os *significados* (simbólicos) de se viver acolhido em instituição informal, bem como em morar com pessoas que se tornam de seu convívio natural, em ser cuidado por instituições leigas em ações terapêuticas científicas. Obviamente não existe um campo “certo” ou “errado” para coleta de dados frente a objetivos do projeto bem desenhados. Existem, sim, facilitações e barreiras técnicas que são típicas de cada enquadre institucional. Dizemos que um campo começa metodologicamente bem quando o observador/entrevistador constrói seu engajamento harmonioso na instituição, além de encontrar pessoas disponíveis para serem bons informantes e em número suficiente para fornecer um *corpus* de dados que permita ser tecnicamente tratado. Os resultados chegarão a ponto de elaborar-se um modelo teórico como conclusão de sua empreitada científica, gerando conhecimentos novos e evitando “conclusões” do senso comum (TURATO, MACHADO e SILVA et al., 2006).

A CONDUÇÃO DE ENTREVISTAS EM DIFERENTES CAMPOS NA PESQUISA EM SAÚDE

Metodologias qualitativas nas humanidades utilizam precipuamente técnicas de observação livre e entrevistas não-dirigidas (FONTANELLA, CAMPOS e TURATO, 2006). No particular emprego do método clínico-qualitativo, preconiza-se a chamada *entrevista semidirigida de questões abertas* como instrumento auxiliar para a coleta de dados (o instrumento principal é sempre a própria pessoa do pesquisador). Constitui-se como *semidirigida* quando o entrevistador, ao propor um tema ligado ao processo saúde-doença, dirige apenas inicialmente. A partir daí, põe-se na posição de escuta. A direção da entrevista fica então sob comando do entrevistado, quando são respeitadas suas livres associações de idéias. Espaçadamente, o entrevistador se interpõe, não para mudar o curso da fala, mas para

solicitar seu maior clareamento e/ou seu maior aprofundamento.

A entrevista é formada por *questões abertas* para que as respostas venham construídas na perspectiva do entrevistado e não encaixadas nas alternativas trazidas pelo investigador. É o chamado *caráter êmico* da pesquisa em ciências humanas: diz respeito às unidades significativas na perspectiva da linguagem do sujeito em estudo. Dessa forma, evita-se um viés infelizmente muito frequente, que é a imposição de problemáticas pelo pesquisador. A entrevista qualitativa ideal é aquela em que há sutil alternância no comando da conversação, apenas mantendo certa assimetria pelo fato de haver papéis distintos: o entrevistado ser o detentor do livre discurso e o entrevistador ser um acurado escutador (TURATO, 2010). As pesquisadoras MORSE e FIELD (1995) nos chamam a atenção para o fato de que, na entrevista qualitativa, o pesquisador conhece a maioria das questões que quer perguntar, mas nunca poderá prever com certeza as respostas que virão.

Na concepção teórica da técnica, é indiferente a natureza do campo de levantamento de dados, seja em uma instituição de saúde ou em uma organização leiga prestadora de cuidados humanos. A diferença estará nos procedimentos, isto é, na materialização da técnica, já que a operacionalização das observações e entrevistas precisará se adequar às condições físicas, temporais e costumes do local da coleta de dados. Há detalhes operacionais, tal como num ambiente hospitalar ou numa unidade qualquer de saúde onde é possível conseguir um recinto reservado para conduzir as entrevistas e assim obter um clima de privacidade no rigor da criação de *settings* restritos. Num ambiente não-acadêmico, o entendimento sobre o que se passa num ato de entrevista de escopo científico pode não ficar claro às pessoas que ali atuam. Não se trata apenas da dificuldade de reservar o recinto fechado, mas de problemas de

entender a questão da privacidade exigida por regras da entrevista psicológica.

As limitações de espaço e de horário podem ser conseguidas com certo empenho no campo das instituições informais, embora, num outro extremo, até mesmo em hospitais-escola, entrevistas de pesquisa podem ser enviesadas por ruídos de todas as ordens (entrada inadvertida de outros profissionais na sala de entrevista; ansiedade do paciente que aguarda submeter-se a procedimentos, etc.).

Seja qual for a instituição para coleta de dados, é indicado que o pesquisador qualitativista tenha seu *diário de campo* e que anote o comportamento global do sujeito e também sua relação gestáltica com o espaço, isto é, a forma como tudo se configura e como o todo compreende as partes. Seja cá ou acolá, o entrevistador ainda terá algumas tarefas depois de encerrada a relação com o sujeito colaborador. O investigador atento registrará as circunstâncias várias do “antes” e do “depois” da entrevista, bem como refletirá e anotará seus próprios sentimentos e atitudes auto-observados no transcorrer da coleta de dados no sentido estrito.

ENTRADA EM CAMPO A PROPÓSITO DA EXPERIÊNCIA DE UMA PESQUISA EM INSTITUIÇÃO INFORMAL

Reportamos, a título de comunicação de experiência em pesquisa, a coleta de dados de nosso projeto de mestrado viabilizado numa instituição confessional denominada “Toca de Assis”, que se propõe à missão de acolhida a pessoas socialmente desfavorecidas. É dinamizada por significativa quantidade de leigos que assumem um compromisso pessoal de cuidados a pessoas carentes conhecidas como “irmãos de rua”. Por se tratar de instituição de finalidade estritamente religiosa, nossa estratégia incluiu preparo para lidar com eventuais obstáculos para a condução da pesquisa, tal como a concordância da realização neste local de um plano de

natureza científica investigativa. Essa particular experiência revelou, ao contrário do que se receava, facilidades no contato com os responsáveis e com as pessoas ali abrigadas, talvez movidas pelo ideal de uma colaboração desinteressada que norteia este perfil de instituição.

Após a aprovação por parte do responsável pela casa escolhida, a pesquisadora (primeira autora deste artigo) frequentou semanalmente a instituição, observando a rotina das atividades, conhecendo o perfil psicossocial dos moradores acolhidos, prognosticando um possível *setting* para a fase propriamente dita da coleta dos dados. Como estratégia de aproximação, a autora colaborou voluntariamente com a confecção de uma ficha pessoal/social das pessoas ali institucionalizadas, conforme demanda do responsável pela casa, que buscava identificar aspectos de suas histórias de vida. Nessa atividade, a autora conversava individualmente com os moradores, o que serviu de processo da desejada *aculturação*, bem como de modo de seleção dos indivíduos que potencialmente apresentavam condições intelectivas/emocionais para serem boas informantes. Durante a realização dessa tarefa, foi possível conhecer a dinâmica da casa, propiciando também a exigência metodológica da *ambientação* às características funcionais do campo.

Transcorrida essa etapa, foi dado início às entrevistas, que revelaram uma delicada barreira: a de não organizar-se em *setting* apropriado, por se tratar de uma casa de estrutura física com todos os cômodos ocupados por diversas pessoas. A criatividade levou a pesquisadora a recriar um *setting* no jardim da casa que, embora não tão apropriado (havia algumas interrupções durante a entrevista), mostrou certa adequação técnica ao possível.

Outra ocorrência digna de nota foi que, pelo fato de as instituições de cuidadores informais não trabalharem

com o uso de critérios de categorização diagnóstica no modelo médico, a pesquisadora recorreu a instrumentos adicionais de corte para compor a amostra de informantes adequados. Por não haver registros clínicos de moradores ao modo de instituições formais de atendimento à saúde, coube-lhe avaliar diretamente critérios pertinentes de inclusão de sujeitos. Foi adotado instrumento (questionário seletivo) de separação entre moradores mentalmente preservados e moradores com algum grau de comprometimento em suas funções psíquicas. Ainda como elemento auxiliar de construção da amostra, contou com a ajuda de um líder religioso, que comentava quais seriam as pessoas potencialmente colaborativas, bem como as introduziu no contato com a entrevistadora, mencionando a elas o interesse de estudos naquele local.

CONCLUSÃO

As experiências de condução de pesquisas qualitativas em ciências humanas, bem como a correspondente literatura, confirmam que o rumo deste tipo de investigação científica necessita comportar alterações do projeto durante sua execução, haja vista que os campos são altamente dinâmicos. Assim como se diz na prática referente às ciências da saúde que ‘a clínica é soberana’, pode-se afirmar em metodologia de pesquisa que ‘o campo é soberano’. Por sua vez, as muito recomendadas etapas de *ambientação* e *aculturação* nas pesquisas em saúde devem ganhar diferente atenção quando o campo eleito tratar de organização voltada para cuidados informais em saúde.

Ponderações a partir do presente relato apontam que a entrada em campo se constitui numa cuidadosa etapa para a realização de pesquisas em *settings* não habituais (outro “habitat”) para profissional de saúde que trabalha em serviços formais. Pesquisadores devem estar preparados também emocionalmente, como deter recursos metodológicos alternativos para lidar com situações emergentes, às vezes inusitadas. Em maior

ou menor grau, outras questões pareceram ser comuns aos dois tipos de instituição, tais como a não aceitação – implícita ou explícita – por parte dos responsáveis do local da realização da pesquisa; eventual não consentimento por parte de sujeitos convidados para a pesquisa; e número insuficiente de sujeitos para fechamento da amostra numa particular instituição inicialmente escolhida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. *O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens*. Porto Alegre: Artmed, 2006.

FONTANELLA B. J. B.; CAMPOS C. J. G.; TURATO E. R. Coleta de dados na pesquisa clínico-qualitativa: uso de entrevistas não-dirigidas de questões abertas por profissionais da saúde. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, v. 14, n. 5, p. 812-820, 2006.

FONTANELLA B. J. B.; RICAS J.; TURATO E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad. Saúde Pública*, v. 24, n. 1, p. 17-27, 2008.

MINAYO M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2007.

MORSE J. M.; FIELD P. A. *Qualitative research methods for health professionals*. Thousand Oaks: Sage, 1995.

TURATO E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Rev. Saúde Pública*, v. 39, n. 3, p. 507-14, 2005.

TURATO E. R. *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas*. Petrópolis: Vozes, 2010.

TURATO E. R.; MACHADO A. C.; SILVA D. F.;
CARVALHO G. M.; VERDEROSI N. R.; SOUZA T.
F. Research publications in the field of health: omission
of hypotheses and presentation of common-sense
conclusions. *São Paulo Med. J.* v. 124, n. 4, p. 228-
233, 2006.

Recebido: 28/04/2009

1ª Revisão: 12/05/2009

2ª. Revisão: 03/09/2010

Aceite Final: 30/11/2010