



## CAPÍTULO 2 – SUSCITANDO NARRATIVAS ("VIVENDO PARA ALÉM DO TRANSTORNO MENTAL: ESTUDOS QUALITATIVOS DE RE- COVERY NA ESQUIZOFRENIA"<sup>1 2 3</sup>

Larry Davidson (2003)\*

Suponha que uma montanha tenha ouro  
e ninguém tenha permissão mais para garimpá-la;  
a água vai trazê-lo à luz,  
a água que alcança o silêncio da pedra,  
ela realiza o querer.  
(Rainer Maria Rilke, *Das Stundenbuch*)

Queremos saber mais sobre como as pessoas com esquizofrenia podem influenciar o curso e o resultado do transtorno, então decidimos fazê-lo entrevistando pessoas que atualmente vivem com o transtorno (e não, por exemplo, lendo relatos autobiográficos). E agora? Não é só encontrar pessoas diagnosticadas com esquizofrenia e lhes perguntar: "De que maneira você influencia o curso e o resultado do seu transtorno?". Não. Não fazemos isso. As razões pelas quais não fazemos esse tipo de pergunta são várias, e iremos explorar algumas delas neste capítulo. Começaremos, no entanto, com a razão principal, que talvez também seja fonte de muitos mal-entendidos comuns nos métodos qualitativos e fenomenológicos.

### A Pessoa é Psicóloga ou Contadora de Histórias?

A principal razão pela qual não fazemos essa pergunta é que o papel de participante em nossas pesquisas não deve ser de um colega psicólogo, mas precisamente do que realmente é: uma pessoa experienciando uma vida com esquizofrenia. Ao contrário das visões construtivistas de Piaget e Kelley, não consideramos que as pessoas estejam vivendo a vida cotidiana como se não fossem treinadas, mas são, na verdade, cientistas naturalmente intuitivos: coletando dados, testando hipóteses e deduzindo inferências com base na experiência. Também não vemos as pessoas como fenomenólogas leigas, refletindo e tentando determinar os elementos estruturais de suas próprias experiências. Husserl fez uso de tal reflexão em seu papel formal de filósofo, não em seu papel de membro leigo da sociedade alemã no início do século XX. Kierkegaard, teólogo dinamarquês que mencionamos no capítulo anterior, da mesma forma pode ter atuado como um "protofenomenólogo", no sentido de que refletiu sobre suas próprias experiências de maneira muito semelhante à que Husserl propôs posteriormente, embora tenha precedido Husserl meio século. Ele o fez, no entanto, em seu papel de teólogo, e não como parte de sua vida cotidiana como cidadão de Copenhague.

Independentemente de sua formação ou ocupação, as pessoas vivem seu dia a dia precisa-

<sup>1</sup> Tradução de Elizabeth Brown Vallim Brisola. Original: Larry Davidson (2003). *Living Outside Mental Illness: qualitative studies of recovery in schizophrenia*. Nova Iorque, University Press. Agradecemos ao NY University Press a gentileza de permitir a tradução inédita para o português de parte da supracitada obra.

<sup>2</sup> Nota da tradutora: *mental illness* (doença mental) é a expressão utilizada pelo autor no livro. Na época em que foi publicado (2003), essa expressão ainda não havia sido substituída pela menos estigmatizante "transtorno mental". Procuramos deixar a leitura mais atual, ao mesmo tempo refletindo o respeito e cuidado que o autor demonstra em toda a sua obra. Para nos mantermos fiéis à história da evolução do uso da expressão, optamos, em geral, por traduzir *mental illness* por "transtorno mental".

<sup>3</sup> *Recovery* é um termo que abarca um movimento de direitos civis que vem crescendo desde a década de 1970, e no presente texto diz respeito ao processo de mudança de pessoas com transtorno mental severo que impulsiona sua vida independente, seus desejos, suas aspirações, a vida pessoal, o trabalho, o espaço familiar e o social, possibilitando que exerça sua cidadania e se perceba como um membro de valor na comunidade. *Recovery* enfatiza mais o processo do que o resultado, e é baseado, segundo a Administração de Abuso de Substâncias e de Serviços de Saúde Mental (SAMHSA, 2022), nos seguintes princípios: "esperança, crença de que esses desafios e essas condições podem ser superados [...] e que a recuperação (processo de *recovery* de uma pessoa) é construída por seus pontos fortes, talentos, sua capacidade de lidar com dificuldades e seus recursos e valores inerentes. É holístico, aborda a pessoa como um todo em sua comunidade e é respaldado por colegas, amigos e familiares". Para mais informações, veja Davidson, Rakfeldt e Strauss (2010). (N. da T.).

\* Larry Davidson, Ph.D., é Professor Associado de Psicologia no Departamento de Psiquiatria da Escola de Medicina da Universidade de Yale, onde atua como Diretor de Pesquisa e Política de Saúde Comportamental; Diretor do Program on Poverty, Disability, and Urban Health do Centro de Saúde Mental de Connecticut e da Universidade de Yale para Estudos Sociais e Políticos; e é Diretor Clínico Sênior e Diretor de Políticas de Saúde Mental do Departamento de Serviços de Saúde Mental e Dependência de Connecticut.



mente como pessoas: sentindo fome e comendo; tendo necessidades e desejos por coisas como amor, amizade, atividade significativa, lazer e sexo; definindo e perseguindo objetivos pessoais; admirando a arte e a beleza de um rosto bonito; encontrando obstáculos e ficando irritadas ou frustradas; passeando na folhagem do outono; apreciando o sorriso de uma criança quando abre presentes numa manhã de Natal etc. Novamente, isto pode parecer óbvio, mas essas são as experiências que fornecem a munição para a reflexão fenomenológica. Não chegamos a essas experiências pedindo que a pessoa se torne psicóloga.

Como, então, temos acesso a essas experiências? Queremos incluir a pessoa com esquizofrenia como parceira no empreendimento de pesquisa, e nós o fazemos não incluindo essa pessoa como colega cientista, mas incluindo-a como *a* especialista no domínio de sua vida cotidiana. Lembramos que estamos interessados nas experiências originais na primeira pessoa que sejam anteriores e forneçam a base para as concepções teóricas e científicas. Isso é verdade não apenas quando refletimos sobre nossas próprias experiências, mas também quando refletimos sobre as experiências dos outros. Não nos interessamos tanto pelas concepções que derivam de suas experiências quanto pelas próprias experiências. Como resultado, não precisamos discutir com os críticos da pesquisa qualitativa que apontam para o fato de que a maioria das pessoas não sabe por que toma determinadas decisões ou por que se comporta ou age da maneira como o faz. Prontamente, concordamos com esse ponto e, ao mesmo tempo, insistimos no fato de que isso é irrelevante para nosso propósito como fenomenólogos. Não estamos pedindo que as pessoas nos expliquem suas experiências ou ações, que expliquem por que fazem o que fazem, ou que identifiquem fatores que influenciam suas experiências. Se alguma dessas questões for relevante às abordagens qualitativas, será nosso trabalho enquanto psicólogos abordá-los, e não tarefa de nossos participantes.

Então, qual é, afinal, o trabalho do participante de um estudo fenomenológico? Como pode um participante, especialista em sua própria vida, nos fornecer acesso ao domínio de sua experiência original? Simplesmente e *apenas* nos descrevendo suas experiências da forma mais clara e fiel possível, exatamente como foram originalmente experienciadas. Em outras palavras, em vez de pedir a uma pessoa que *nos* explique suas experiências, estamos pedindo que compartilhem suas experiências *conosco*: que contem histórias sobre sua vida como foram vividas. O papel do participante em um estudo fenomenológico é, portanto, o de contador de histórias autobiográfico. Estamos interessados em narrativas que capturem o fluxo da experiência ao longo do tempo na vida de cada pessoa. Como resultado desse interesse pela narrativa, é mais provável que encontremos conceitos úteis derivados da literatura e do drama – tais como enredo e papel – do que conceitos derivados das ciências físicas, como a causalidade (Davidson & Cosgrove, 1991).

Entrevistas fenomenológicas são robustas na medida em que fornecem uma narrativa rica e detalhes descritivos. Afinal das contas, a arte de contar histórias não se encontra tanto no desenvolvimento da trama ou do personagem quanto na entrega sensual de detalhes descritivos. Histórias não podem ser contadas no abstrato, mas apenas no particular. E é pelo particular, pelos detalhes específicos e íntimos da vida diária concreta de cada pessoa, que podemos nos aproximar do universal. O significado e a aplicação desse importante princípio para a investigação fenomenológica ficarão mais claros, à medida que prosseguirmos, por meio de exemplos ilustrativos. Por enquanto, aceitamos que os participantes do nosso estudo desempenharão o papel de contadores de histórias em oposição ao de cientistas. Nosso próximo desafio será descobrir como envolvê-los nesse processo.

## Por que não Simplesmente Perguntar?

Se queremos que as pessoas nos contem histórias sobre sua vida, por que não simplesmente perguntamos? Por que encaramos isso como um desafio? Ouvimos histórias praticamente desde o momento em que nascemos. Somos criados com histórias. Alguns investigadores chegaram ao ponto de sugerir que a narrativa fosse uma estrutura inerente da cognição humana (Bruner, 1986; Schank, 1982, 1990). O que poderia ser tão desafiador em extrair histórias de pessoas? Em outras palavras, é preciso alguém ser treinado para fazer entrevistas fenomenológicas? Existe, de fato, uma ciência e uma arte de fazer pesquisa qualitativa de forma que tanto o rigor quanto a experiência permitam que alguém se torne melhor na condução de entrevistas narrativas?

Infelizmente, essa é uma das várias áreas em que pesquisadores qualitativos fizeram um desserviço a si mesmos e ao seu ofício. Há muito tempo, aceita-se que em pesquisas quantitativas os dados coletados não podem ser melhores do que as ferramentas usadas para acessá-los. É por essa razão que uma indústria toda tem crescido em torno de desenvolvimento, teste e validação de instrumentos. Não temos motivo algum para acreditar que esse princípio seja menos relevante para a pesquisa qualitativa. No entanto, a maioria dos pesquisadores qualitativos menciona pouco sobre como desenvolveram as questões que empregaram, o estilo de entrevista ou as técnicas que usaram, ou mesmo os critérios pelos quais julgam uma entrevista como sendo melhor que outra. Na verdade, a maioria dos estudos qualitativos é apresentada como se não houvesse nenhuma reflexão a respeito do tipo de pergunta empregada e como – como se essa fosse uma questão simples e óbvia, que não exige conhecimento específico algum nem explicação.

No entanto, qualquer pessoa que tenha realizado pesquisas qualitativas, ou mesmo assistido a apresentadores de talk shows na televisão ou no rádio, já deve ter observado que há graus bem variados de competência na condução de entrevistas. Para realizar pesquisas rigorosas e de alta qualidade, investigadores qualitativos não precisam dedicar menos tempo e energia para o desenvolvimento e a administração de suas



entrevistas narrativas do que pesquisadores quantitativos dedicam para o desenvolvimento e a padronização de seus instrumentos. Essa é uma área muito pouco apreciada e, relativamente, pouco desenvolvida de competência qualitativa.

Alguns dos desafios inerentes à tarefa de suscitar histórias tornam-se óbvios quando imaginamos perguntar a alguém com esquizofrenia, de forma simples e direta: “Você pode me dizer como tem sido ter esquizofrenia?”. Primeiro, conforme vimos na Introdução do livro, há uma visão comum na psiquiatria de que muitas pessoas diagnosticadas com esquizofrenia têm pouco ou não têm nenhum insight em relação à sua condição, ou mesmo negam sua situação. Nesse caso, respostas comuns a essas perguntas poderiam ser simplesmente: “Quem? Eu?”, ou “O que é isso?”, ou, no caso de indivíduos mais falantes, “Eu não sei do que você está falando. Não tenho esquizofrenia”. Deixando esse assunto de lado por enquanto, no entanto – pois não é algo característico da maioria dos tópicos de pesquisa qualitativa –, há ainda muitos desafios para que se consiga que alguém responda a questionamentos como esses, contando histórias de suas experiências de vida com esquizofrenia.

Imagine, por um momento, que o assunto fosse diferente e que alguém abordasse você munido de um gravador, um formulário de consentimento a ser preenchido, e a pergunta, aparentemente simples e direta, fosse: “Você pode, por favor, me dizer como é estar na pós-graduação?”, ou “Como é estudar Psicologia?”, ou “Como é ler este livro?”, como você responderia? Como responderia se lhe perguntassem como é ter câncer, diabetes ou asma? Você se lançaria espontaneamente em uma narrativa autobiográfica rica em detalhes descritivos? Se não estivessem preocupadas com as repercussões potenciais de suas respostas para as pessoas que representam o sistema de saúde mental – incluindo psicólogos qualitativos –, mas se sentissem livres para ser honestas e diretas em suas respostas, muitas pessoas com esquizofrenia provavelmente responderiam à pergunta acima, aparentemente simples e direta, também com uma resposta simples e direta: “É uma droga!”.

Por mais importantes que essas questões sejam, não estamos nos referindo, aqui, primariamente às questões de confiança, *rapport*, nem ao gerenciamento de impressão explorado e reconhecido na literatura de psicologia clínica e social. Esses aspectos interpessoais irão impactar a condução das entrevistas qualitativas da mesma forma que impactam entrevistas clínicas, de emprego etc. Esse não é nosso foco aqui. Nosso foco, no momento, é como formular perguntas de forma que elas suscitem narrativas detalhadas. O que mais procuramos nas narrativas, conforme dissemos acima, são detalhes ricos e descritivos das experiências subjetivas de uma pessoa no contexto de sua vida cotidiana. Difícilmente conseguiremos esse nível de detalhe fazendo perguntas vagas ou gerais, como as que trouxemos como exemplos. Perguntas vagas geralmente suscitam respostas vagas. Para obter respostas específicas e detalhadas, provavelmente precisemos fazer perguntas específicas e detalhadas (Edelson, 1993; Strauss, 1996). Não queremos, necessariamente, pedir, de forma explícita, que nos contem uma história – como: “Você pode me contar uma história sobre como tem sido ter esquizofrenia?” –, pois isso continua sendo uma pergunta vaga e geral. Ao contrário disso, queremos encorajar nossos participantes a retornarem às suas próprias experiências e nos descreverem, de forma simples e espontânea, o que aconteceu e da maneira como eles se lembram de aquilo ter acontecido.

Será que, de fato, é possível fazer perguntas específicas e detalhadas e, ao mesmo tempo, deixar essas questões em aberto de forma a suscitar uma narrativa? Isso não é uma contradição? Uma pergunta específica e detalhada seria, por exemplo: “Você assistiu ao jogo do New York Yankees no Campeonato Mundial (de novo)?”. O equivalente psiquiátrico seria: “Você ouviu vozes durante a última semana/o último mês/os últimos seis meses etc. quando ninguém estava por perto?”. Uma pergunta como essa, contudo, provavelmente suscite apenas um ‘sim’ ou um ‘não’, em vez de uma história. Da mesma forma, a pergunta: “O que você comeu no jantar ontem à noite?” normalmente seria respondida com uma ou poucas palavras (e.g., carne assada, lasanha e salada) e provavelmente não gerasse uma história sobre a experiência de jantar do entrevistado. Uma questão paralela sobre a esquizofrenia, como, por exemplo: “Que tipo de coisas essas vozes disseram para você na última semana/no último mês/nos últimos seis meses?”, provavelmente gere respostas paralelas, como: “Que eu era um paciente mental”, ou “Que eu era uma estrela de rock prestes a atingir sucesso com minha próxima música”. Embora estejamos começando a nos aproximar das experiências de alucinação, ainda estamos muito longe de um relato íntimo, pessoal das experiências únicas de uma vida com um transtorno.

Nossa experiência tem sido a seguinte: encontrar as perguntas certas a serem feitas e aprender a contextualizá-las de uma boa forma representa um desafio considerável, mesmo que não reconhecido por pesquisadores qualitativos. Desde o início de um estudo novo, uma quantidade significativa de esforço é necessária para familiarização com os fenômenos em questão, o suficiente para começarmos a ter uma noção do que perguntar e como. Discussões extensas, informais e não estruturadas com membros da população-alvo em potencial e/ou outras pessoas importantes envolvidas, uma revisão das áreas de investigação e formulação de potenciais perguntas com essas mesmas pessoas, bem como a realização de entrevistas-piloto para testar perguntas de amostra são todos passos essenciais no processo de formulação de um protocolo de entrevista.

Iremos explorar algumas dessas etapas a seguir. Antes de introduzirmos princípios para a realização de entrevistas qualitativas, no entanto, um exemplo poderá ser útil para persuadir o leitor de que atentar para isso é, de fato, necessário. É possível, afinal, que você esteja desconfiado em relação à ênfase que estamos dando em como investigadores qualitativos desenvolvem e enquadram suas perguntas. No caso de você ter tais dúvidas, permita-nos ilustrar o ponto na história a seguir.



Uma de nossas alunas de pós-graduação optou por focar sua tese de doutorado em como pessoas com transtornos mentais graves vivenciam o tratamento psiquiátrico ambulatorial e de reabilitação, a fim de identificar aqueles aspectos do atual sistema de saúde mental que são percebidos como úteis, bem como os que são percebidos como prejudiciais. Depois de revisar a literatura relevante, de conversar com vários de seus clientes e engajar seus orientadores em várias discussões sobre possíveis maneiras de enquadrar a primeira pergunta de seu protocolo de entrevista, a aluna decidiu por uma questão: “Como têm sido suas experiências de tratamento psiquiátrico?”. Após completar três entrevistas-piloto começando com essa pergunta, a aluna ficou bastante surpresa ao notar que todos os três participantes haviam descrito apenas suas experiências de hospitalização, vendo, aparentemente, o tratamento como sendo apenas o que acontece enquanto estão hospitalizados. Nenhum de seus participantes ofereceu espontaneamente um relato de experiência de tratamento ambulatorial, e quando a estudante tentou incentivá-los a fazê-lo, não pareciam entender a noção de “tratamento ambulatorial” per se. Se o tratamento for, de fato, o que acontece no hospital, então a noção de tratamento ambulatorial torna-se um oxímoro.

Foram necessárias muitas outras discussões com orientadores, apresentações aos colegas de classe e entrevistas-piloto adicionais para a aluna identificar uma maneira de estruturar sua primeira pergunta de forma que suscitasse os tipos de história que ela estava procurando; histórias de como as pessoas se relacionavam com – e eram tratadas por – seus provedores de saúde mental de forma a serem ou não benéficas. No fim das contas, a questão tinha de se concentrar, inicialmente, nas relações com os provedores, e não no tratamento ou no processo de reabilitação, já que os participantes não consideraram o que aconteceu nos diversos ambientes ambulatoriais como tratamento nem como reabilitação. Na verdade, o único elemento de sua experiência que percebiam como tratamento ativo fora do hospital foi a medicação. Todos os outros elementos envolvidos eram vivenciados como parte de seus relacionamentos com as pessoas que eram seus médicos, gerentes de caso ou terapeutas de reabilitação. Dessa forma, a versão final de sua primeira pergunta enfocou essas relações como a entrada para o contexto ambulatorial mais amplo.

## Como Perguntar

Além da base fundamental que essa aluna teve de desenvolver antes de conduzir suas entrevistas, existem alguns princípios de entrevista qualitativa que vale a pena mencionarmos. Antes de enumerá-los, porém, é importante alertar para o fato de que – apesar de suas áreas de sobreposição técnica – entrevistas qualitativas não devem ser confundidas com psicoterapia. Existem várias diferenças cruciais entre elas.

A psicoterapia envolve uma relação contratual explícita por parte do cliente com o objetivo de abordar uma área de sofrimento pessoal ou como veículo de mudança pessoal para o qual o cliente e/ou sua seguradora reembolsa o terapeuta por seu tempo e sua experiência. A entrevista qualitativa, ao mesmo tempo que envolve um contrato explícito (i.e., consentimento informado), não é orientada para mudar nem melhorar o sofrimento do participante e (geralmente) envolve o reembolso ao participante por seu tempo e sua disponibilidade de compartilhar sua experiência. Embora seja possível que alguns entrevistados tenham uma experiência catártica ou curativa, participantes concordam em compartilhar suas experiências apenas com o propósito de gerar novos conhecimentos.

A natureza íntima e potencialmente terapêutica das revelações do participante realmente levanta questões éticas únicas para a pesquisa qualitativa que, pelo menos à primeira vista, não parecem ser tão relevantes para estudos quantitativos. Essas questões envolvem principalmente: o que constitui um nível adequado de informação para que o consentimento seja verdadeiramente informado; que efeitos potenciais podem advir do envolvimento do participante, tanto para ele quanto para outros; e que responsabilidade, se houver, o investigador tem em relação a esses efeitos e às repercussões em longo prazo. Para aprofundamento nessa discussão de importantes questões éticas, o leitor pode buscar a crescente literatura deste tópico (e.g., Baez, 2002; Boman & Jevne, 2000; Cieurzo & Keitel, 1999; Hadjistavropoulos & Smythe, 2001; Orb, Eisenhauer & Wynaden, 2001; Piercy & Fontes, 2002; Price, 1996; Punch, 1994; Raudonis, 1992; Stewart, 2000).

Apesar dessas diferenças importantes, entrevistas qualitativas e psicoterapia compartilham interesse em suscitar e explorar relatos ricos e narrativos das experiências. Como tal, partilham vários princípios relacionados à estrutura e ao funcionamento das narrativas na vida das pessoas. Temos os seguintes princípios, derivados de uma ou de ambas essas tradições, úteis na formação e supervisão de psicólogos na condução de entrevistas qualitativas. Primeiro, os “nãos”:

1. Evite fazer perguntas fechadas que possam ser respondidas com sim, não, ou outras respostas de uma ou duas palavras;
2. Evite fazer perguntas que comecem com “Por que”, pois tendem a colocar pessoas na defensiva, sentindo que lhes está sendo solicitado explicar, em vez de descrever;
3. Evite fazer perguntas vagas, gerais ou abstratas e procure não usar linguagem técnica nem jargão;
4. Evite fazer perguntas complexas ou compostas, que exijam resposta a mais de uma coisa de cada vez;
5. Evite perguntar às pessoas *sobre* seus pensamentos, sentimentos ou outros estados “internos”, e procure não dizer: “Você pode me dizer...”, pois isso tende a introduzir distância entre o participante e sua própria experiência (assim como entre o participante e o entrevistador); e



6. Evite interromper a pessoa ou mostrar qualquer outro sinal de impaciência com seus esforços para responder às suas perguntas.

E agora, o que deve ser feito (se ainda não estiver evidente):

1. Faça perguntas abertas para as quais você não tem resposta de antemão;
2. Faça perguntas começando com “Como” ou “De que maneira”;
3. Faça perguntas específicas e detalhadas e expresse-as, quanto possível, na própria língua do participante;
4. Faça apenas uma pergunta de cada vez;
5. Faça perguntas que impliquem uma estrutura temporal de antes, durante e depois, em vez de algo sobre um estado inerte, estático;
6. Comunique respeito acompanhando o direcionamento da pessoa, e não perseguindo áreas nas quais ela comunicou claramente certo desconforto;
7. Comunique interesse de forma não verbal, ajustando a postura, fazendo esforço para olhar nos olhos da pessoa, acenando com a cabeça nas horas apropriadas etc.; e
8. Demonstre conforto com o conteúdo da história da pessoa, tendo disposição e postura relaxada, e abstenha-se de reações extremas e de quaisquer detalhes específicos.

Como sabemos que essa lista está longe de esclarecer adequadamente a natureza de boas perguntas qualitativas, e como continuamos convencidos da importância desse tópico na construção de estudos qualitativos, oferecemos um exemplo ilustrativo de nossos estudos. Esse exemplo ilustra a transição de um interesse vago em um tópico geral para uma abordagem mais focada e narrativa de entrevistar pessoas sobre suas experiências relevantes. Depois dessa ilustração, voltaremos à questão de como enquadrar perguntas qualitativas, antes de passar para a questão de o que fazer com as respostas dos participantes.

## A Caminho de um Exemplo Ilustrativo: A Importância do Contexto

Mencionamos no capítulo introdutório<sup>4</sup> que no passado, uma vez diagnosticadas e hospitalizadas, as pessoas com esquizofrenia muitas vezes perdiam a oportunidade de tomar decisões substanciais e de falar e agir por si mesmas. Tendo sua vida cotidiana no hospital regulamentada e supervisionada por outros, tornavam-se quase inteiramente receptoras dos esforços custodiais e de melhoria (ou negligência) de outros. Esses outros incluíam funcionários do hospital, médicos, familiares, investigadores clínicos e formuladores de políticas públicas. Tal situação é necessária, reconhecemos, quando uma doença toma conta da totalidade da pessoa, como eventualmente ocorre, por exemplo, nos casos de Alzheimer. No entanto, tal situação pode ser considerada problemática quando se deseja – apesar do transtorno – agir, falar ou tomar decisões por conta própria, como provavelmente seria o caso da esquizofrenia se, de fato, *recovery* fosse possível.

Há alguns anos, tivemos a oportunidade de começar a explorar essa questão com certo detalhe numa área com importantes implicações para políticas públicas, e decidimos fazê-lo usando métodos qualitativos. A oportunidade foi-nos apresentada por iniciativa da redução do tamanho de um hospital, estipulada pela nossa autoridade estadual de saúde mental. Essa iniciativa constituía uma última onda de desinstitucionalização no estado de Connecticut, dando fechamento a um processo de 40 anos de mudança de pacientes dos hospitais estaduais de volta à comunidade de onde tinham vindo muitos anos antes. Essa última onda veio em preparação ao fechamento de dois dos três hospitais estaduais restantes e envolvia a realocação para a comunidade dos pacientes de longa permanência que haviam sido considerados significativamente incapacitados para terem alta nas levas anteriores. Em outras palavras, esses indivíduos não só tinham passado por permanências prolongadas no hospital psiquiátrico, mas também haviam sido considerados pela equipe como particularmente “refratários” (ou seja, não responsivos) a tratamentos e reabilitação anteriores. A secretaria estadual de saúde mental solicitou ao centro comunitário de saúde mental em que trabalhávamos que facilitasse o retorno de 16 dessas pessoas à comunidade/cidade de New Haven.

Mas o que tudo isso tem a ver com a fenomenologia da esquizofrenia? Que diferença faz onde essas pessoas viviam em relação à natureza desse transtorno? Não estamos basicamente interessados no papel que a pessoa tem de influenciar o curso e o resultado da esquizofrenia? O que faz com que a história de mais de 40 anos de política de desinstitucionalização e uma iniciativa de redução hospitalar mais recente, decorrente disso, tenha a ver com nosso interesse qualitativo no papel da pessoa?

Na verdade, respostas a essas perguntas nos levam ao cerne de outro mal-entendido comum em relação à investigação qualitativa. As perguntas parecem implicar que não só seria possível, mas também preferível explorarmos experiências subjetivas de esquizofrenia separadamente de qualquer contexto geográfico, histórico ou social. Elas parecem implicar, sim, que temos acesso desobstruído e não contaminado à psicose e

<sup>4</sup> Remete ao texto publicado: Davidson, L. & Brisola, E. B. V. (2023). Introdução. “Vivendo para Além do Transtorno Mental: Estudos Qualitativos de Recovery na Esquizofrenia”. *Phenomenology, Humanities and Sciences*, 3(2), 130-147. Recuperado de <https://phenomenology.com.br/index.php/phe/article/view/177> (N. da T.).



ao papel da pessoa de influenciar seu curso e resultado sem precisar levar em conta detalhes aparentemente irrelevantes, como, por exemplo, onde a pessoa está morando na ocasião. Pode existir, portanto, uma fenomenologia da esquizofrenia, por assim dizer, experienciada no vácuo? Pode, pois, haver experiências de esquizofrenia ou de *recovery* que não sejam fundamentadas concretamente em contextos geográficos e sociais particulares e que não ocorram concretamente em determinados momentos da história para determinadas pessoas? Sugerimos que não.

Os primeiros estudos fenomenológicos, bem como as primeiras abordagens das ciências sociais em geral, cometeram o infeliz erro de encarar suas descobertas como independentes do contexto. À semelhança das formas platônicas, essas descobertas serviram para representar verdades atemporais e universais sobre a natureza humana ou sobre as estruturas essenciais de (qualquer) consciência humana. É verdade que Husserl via a fenomenologia filosófica dessa maneira, argumentando, inicialmente, que ela proporcionava acesso a essências universais e atemporais. Husserl, entretanto, era matemático por formação e se interessava principalmente por estabelecer os fundamentos a priori da lógica e da ciência. No plano filosófico, tal busca por verdades essenciais pode ser apropriada mesmo que permaneça difícil de efetuar. De sua parte, no final de sua carreira, até mesmo Husserl começou a deixar de lado sua insistência filosófica na atemporalidade a fim de explorar mais plenamente a natureza do ambiente social imediato da pessoa como constituída por meio de instituições históricas e culturais (1970a). Contudo, independentemente da convicção filosófica de alguém a esse respeito, no nível das ciências sociais é uma questão inteiramente diferente. Nesse nível, não há como escapar à conclusão: o contexto conta.

É verdade que o Estudo Piloto Internacional da Esquizofrenia da OMS, conforme descrito em sua introdução, assim como outros estudos realizados até então, consistentemente documentaram que as taxas de prevalência de esquizofrenia são constantes nos diferentes países. Também é verdade, entretanto, que esses estudos descobriram, e posteriormente confirmaram, diferenças significativas no curso e resultado nas diferentes culturas, indicando que a experiência de psicose da pessoa e sua capacidade de lidar com ela difere consideravelmente a depender do contexto. Basta comparar as de Pat Deegan (1993), ou as experiências de psicose de Carol North (1987) e seu tratamento no sistema de saúde mental do final dos anos de 1950 e 1960 – seja com a vida daqueles alojados nos hospitais estaduais das décadas de 1930 e 1940, seja com as experiências de pessoas no início do curso da doença no começo do século XXI – para vermos quão diferentes as experiências de transtorno mental e seu tratamento podem ser ao longo do tempo e em diferentes contextos.

Mesmo sem esses exemplos de experiência contrastantes, é óbvio, após uma reflexão, que não pode haver uma experiência de esquizofrenia sem que essa experiência ocorra em um momento específico, em um lugar específico, para uma pessoa específica etc. Não pode haver experiência sem um agente experienciador, e esse agente é sempre um ser humano corporificado com um passado, presente e futuro, vivendo durante determinado contexto histórico e em certo ambiente social e cultural. Estávamos errados em pensar, contudo, que essas particularidades obstruem ou contaminam nosso acesso à natureza da esquizofrenia. Longe de serem problemas para o nosso método qualitativo, essas particularidades pessoais são, em si, os parâmetros de particularidade que nos levam exatamente para onde queremos estar ao suscitar histórias sobre como é viver com esquizofrenia. Se você se lembrar de várias páginas atrás, perceberá que desviamos a atenção para este exemplo específico a fim de ilustrar como formular perguntas de maneira que suscitem narrativas cheias de detalhes ricos e descritivos. Com nossa descoberta da natureza da experiência dependente do contexto, encontramos agora o caminho para a resposta. Suscitamos narrativas cheias de detalhes específicos, pedindo que pessoas específicas descrevam experiências específicas que tiveram em momentos específicos e em lugares específicos. Para esse tipo de consulta específica, elas tipicamente respondem com respostas específicas.

## Um Exemplo Ilustrativo: Hospital ou Vida em Comunidade?

Com isso em mente, voltamos agora ao exemplo da iniciativa recente de redução no hospital. O que torna essa iniciativa específica relevante para o nosso interesse agora é que, no caso da esquizofrenia, as principais decisões políticas como essas, quais sejam de fechar ou não dois grandes hospitais psiquiátricos estaduais, historicamente têm sido tomadas sem a participação das pessoas que são mais diretamente afetadas por elas: os próprios pacientes (Herman & Smith, 1989; Lord, Schnarr, & Hutchison, 1987; Thornicroft & Bebbington, 1989). Talvez ainda mais surpreendente seja o fato de que as avaliações de tal decisões políticas, e das iniciativas delas decorrentes, também não têm incluído a própria perspectiva dos pacientes sobre intervenções, serviços ou programas destinados a atendê-los. Em nenhum lugar isso tem sido mais verdade do que nos debates sobre a desinstitucionalização e as questões relativas a *onde* pessoas com um transtorno mental devem viver enquanto estão sendo tratadas.

Nossa experiência dessa iniciativa de diminuição dos hospitais refletiu essa mesma falta de atenção ou interesse pelas próprias preferências dos pacientes na medida em que as decisões de reduzir o tamanho do hospital e fazer a transição dessas 16 pessoas de volta à comunidade de New Haven foram tomadas sem consulta aos próprios indivíduos. Pouco tempo depois da decisão da autoridade estadual de saúde mental de levar algumas pessoas de volta para comunidade, esses 16 indivíduos foram identificados pela equipe do hospital como estando prontos para alta e, em seguida, serem engajados em um processo de transição gradual fora do hospital. Durante alguns meses, eles visitaram New Haven rotineiramente (30 minutos de carro do hospital)



para encontrarem um apartamento ou outro local de residência, a fim de conhecerem seus novos provedores de saúde mental e se familiarizarem novamente com a comunidade local. Quando tiveram alta do hospital, finalmente lhes foram oferecidos serviços de reabilitação clínica, residencial, social e vocacional estendidos à comunidade a fim de apoiá-los em seus esforços para se adaptar à vida em comunidade. Em momento algum desse processo de vários meses esses indivíduos foram consultados sobre suas próprias preferências de ficar no hospital ou voltar para New Haven, ou sobre como era ou seria para eles viverem num lugar ou outro. De acordo com as pressuposições convencionais sobre a esquizofrenia descritas na Introdução – de que as pessoas com esse transtorno são vistas como conchas vazias de seu antigo self, não mais capazes de cuidar de si, de falar ou decidir por si mesmas –, essas pessoas eram consideradas doentes demais para tomar parte no rumo de seu próprio destino. Assumia-se que não teriam preferências nem opiniões sobre o assunto, ou assumia-se que estavam por demais fora de contato com a realidade para suas preferências ou opiniões contarem.

Depois de trabalharmos com esses indivíduos em New Haven por cerca de seis meses após sua alta hospitalar, compreendemos que nos foi dada uma excelente oportunidade de testar algumas dessas pressuposições e de tentar dar voz aos pacientes nos debates políticos em desenvolvimento, realizando um estudo qualitativo sobre a vida com esquizofrenia antes da, durante a e depois da transição do hospital para a vida na comunidade. Em termos de nossos interesses em narrativa, tínhamos diante de nós 16 pessoas específicas que haviam morado no mesmo lugar específico e acabado de passar por um processo de transição durante um tempo específico para outro lugar. Como gerentes clínicos e pesquisadores, estávamos interessados em perguntas específicas sobre dimensões específicas e nos detalhes de suas experiências relativas ao seu dia a dia nos dois lugares específicos. Além de lançar luz sobre vários aspectos da vida com esquizofrenia (incluindo o fato de que algumas das principais decisões de sua vida foram tomadas por outros), um estudo qualitativo dessas experiências forneceria importante feedback avaliativo sobre a sabedoria dessa decisão de política pública e sobre a qualidade e eficácia dos nossos esforços na sua implementação.

Como, então, fazer com que as pessoas nos contassem sua história sobre a experiência no hospital, a transição para a comunidade e, certo dia, sobre seu retorno à comunidade? Tendo em mente os princípios enumerados acima, incluindo nosso desejo primordial de evitar perguntas vagas e abstratas, como fazemos perguntas que suscitem tais narrativas? Uma possibilidade seria perguntar: “Como foi para você sair do hospital e voltar a morar em New Haven?”. Essa não é uma pergunta fechada, não pergunta “por que”. É mais específica do que “Como é ter esquizofrenia?” e evita uma linguagem que distancie, como “Você pode, por favor, me dizer...”, a menos que já tenhamos perguntado à pessoa como era a vida no hospital, ou assumimos que já sabemos sem ter de perguntar, entretanto essa pergunta viola o princípio número 4 da coluna dos “nãos”: estamos fazendo uma pergunta composta, que requer mais do que uma resposta. Na verdade, essa pergunta envolve três questões separadas sobre como era a vida no hospital, como foi a transição e como é a vida agora, em que estão de volta à comunidade. Será necessário separar esses componentes e perguntar sobre cada um separadamente. Por fim, levantamos estas três perguntas:

*Como era a vida para você no hospital antes de receber alta e vir para New Haven?  
Como foi para você a transição de deixar o hospital e vir para New Haven?  
Como tem sido para você viver em New Haven desde que recebeu alta [do hospital]?*

Essas três perguntas, gerais e abertas, foram usadas para estruturar nossa investigação. A única questão primordial restante era a ordem em que elas deveriam ser feitas. Investigadores com vasta experiência na condução de entrevistas semelhantes poderiam, por si mesmos, determinar a ordem mais útil para tais questões, talvez pensando que uma ordem cronológica fosse uma sequência natural a seguir. Não estávamos confiantes em determinar isso de antemão, então, no lugar disso, exploramos essa questão juntamente com muitas outras na fase-piloto do estudo, conforme recomendado acima.

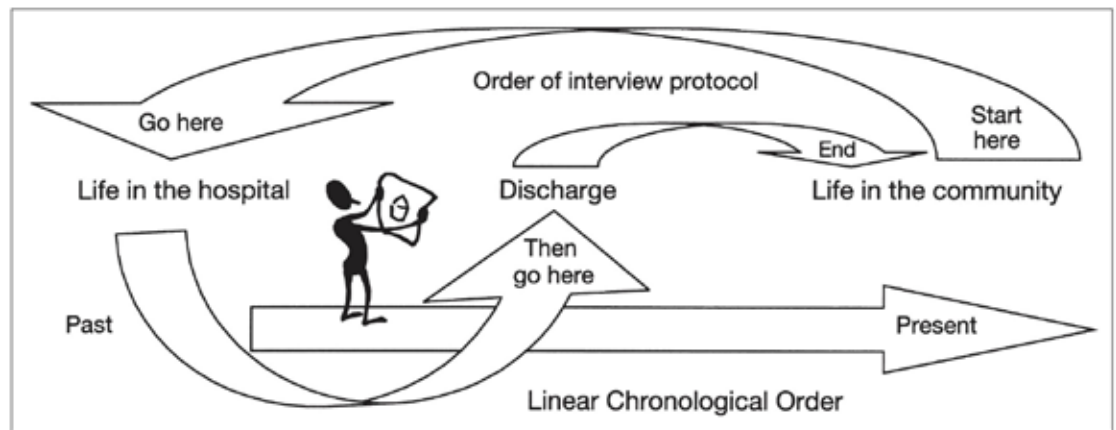
Entrevistas-piloto informais sugeriram que, de fato, a ordem cronológica *não* era a melhor, já que os participantes tinham dificuldade de mudar abruptamente sua orientação do presente à sua hospitalização passada. Seguindo o princípio clínico de “encontrar a pessoa onde ela está”, aprendemos que – ao menos neste caso – era melhor começar com o presente e pedir que descrevessem como é a vida agora, antes de pedir que refletissem em experiências anteriores. Uma vez engajados no processo de contar histórias sobre sua vida no presente, tornava-se mais fácil mudarem a direção de volta para o passado, pois todas essas histórias tinham um passado intrínseco nelas.

Não nos contentamos, porém, simplesmente com uma cronologia linear reversa, pois questões relacionadas ao processo de alta e transição pareciam fazer mais sentido depois da descrição da vida hospitalar, em vez de antes. Uma vez que as pessoas se reorientavam lembrando a vida no hospital, as narrativas fluíam naturalmente para a alta e o processo de transição, trazendo os participantes de volta para onde estavam agora. Como resultado, decidimos por um roteiro de entrevista que, em termos de fluxo temporal, não direcionava para uma narrativa linear passo a passo (para futuro ou passado), conforme poderíamos esperar inicialmente. Ao contrário disso, a progressão da entrevista pode ser descrita conforme ilustra a Figura 1.

Figura 1



Ordem do protocolo de entrevista relativo à cronologia linear



Estamos nos alongando em revelar com detalhes o processo de composição de uma entrevista quantitativa porque, de acordo com o que já dissemos, essa é uma área que a maioria dos investigadores qualitativos não descreve o suficiente, a fim de dar aos novos investigadores uma noção da quantidade de trabalho e atenção que isso exige. Nós não nos sentamos simplesmente com essas 16 pessoas e pedimos que nos contassem uma história sobre suas experiências de vida antes da, durante e depois da permanência no hospital da mesma forma que um pesquisador quantitativo não pede simplesmente que os sujeitos avaliem quão ansiosos, deprimidos ou psicóticos estão. Em ambos os casos, “a vida está nos detalhes” e requer uma atenção cuidadosa ao fenômeno sendo estudado, a fim de identificar o que poderiam ser esses detalhes e como ter acesso a eles (Strauss, 1996).

No caso deste estudo qualitativo das vivências de pacientes internados por muito tempo e retornando à comunidade (Davidson, Hoge, et al., 1995), a natureza não linear do fluxo narrativo foi um desses detalhes que não havíamos previsto. Muitos outros detalhes como esse surgiram de nossa revisão de literatura, nossa experiência clínica coletiva e de nossas entrevistas-piloto. Esses detalhes sugeriram áreas específicas de investigação que poderíamos usar para estimular narrativas mais detalhadas que de outra forma os participantes não teriam mencionado. Alguns desses detalhes eram consistentes ao longo do tempo, enquanto outros eram específicos de um componente ou outro.

Por exemplo, descobrimos que experiências sobre comida – onde, com quem e o que a pessoa comia – eram indicadores importantes do envolvimento (ou da falta dele) em relacionamentos independentemente do contexto. No hospital, os encontros sociais informais normalmente ocorriam na cantina, aonde pacientes iam comprar cigarros, refrigerantes ou café, e onde poderiam passar um tempo não estruturado com seus pares. Por exemplo, uma mulher descreveu sua rotina diária no hospital da seguinte maneira:

[Estou] na cantina todos os dias. Minha mãe mandou dinheiro pra mim comprar cigarros, comprar doces, comprar café, comprar chiclete, comprar refrigerante, comprar chá, comprar sopa, salgados, queijo e presunto e pão; sabe, comprar comida e ouvir música.

Na comunidade, por outro lado, histórias de ter de comer estando só no próprio apartamento eram os principais indicadores de isolamento social, enquanto pizzadas com funcionários ou idas a um fast food com colegas ofereciam um alívio temporário da solidão. Quando questionado sobre sua vida na comunidade, um participante descreveu:

Eu apenas sento na minha mesa e bebo refrigerante ou água e fumo e escuto o rádio e tenho algumas memórias ouvindo a música. Ou, de vez em quando, eu vou e ligo a TV e assisto um filme bem bom. E nos reunimos e às vezes vamos ao McDonald’s e comemos alguma coisa.

Da mesma forma, o que as pessoas faziam para expressar sua fé ou espiritualidade, ou manter contato com o divino ou sagrado, era igualmente importante em todos os cenários, embora isso tenha sido vivido de forma diferente em cada lugar. Durante sua permanência no hospital psiquiátrico, vários participantes relataram frequentar a capela do hospital. Uma vez dispensados, no entanto, eles acabavam contando com a oração particular ou uma programação religiosa na rádio ou na televisão para se sentirem parte de uma comunidade de fé. Particularidades relativas a problemas de estigma, sensação de segurança na comunidade e retomada de atividades das quais haviam desfrutado antes de sua internação eram específicas dos participantes quando estavam em New Haven, enquanto particularidades relacionadas a visitas de amigos e família, a como eram tratados pela equipe e como mantinham contato com o restante do mundo eram específicas do tempo que passaram no hospital. Uma das descobertas mais inesperadas deste estudo, por exemplo, foi que os participantes se sentiam mais seguros nas ruas da cidade de New Haven do que no campus do hospital psiquiátrico,





situado no topo de uma colina pitoresca entre as montanhas de Connecticut. Conforme explicou um participante, no hospital “eu tinha medo de que, se eu fizesse alguma coisa errada, alguém ia me bater... nunca dava pra saber quem ia bater em você ou se você ia acabar tendo restrições”.

Para dar uma ideia de como tudo se deu na prática, apresentamos abaixo uma parte do protocolo de entrevista final que eventualmente usamos para este estudo. Antes dessa parte, havia perguntas relacionadas a características demográficas e diagnósticas, ao arranjo de vida atual, ao envolvimento familiar e ao histórico de utilização do serviço. Esses dados eram obtidos por meio de uma combinação de autorrelato, revisão do prontuário e consulta com os atuais provedores de saúde mental da pessoa. Depois da seção abaixo, havia uma parte semelhante para a vida no hospital e para a transição do hospital para a vida comunitária. As perguntas relativas à vida na comunidade e para aprofundamento em cada área foram as seguintes:

Instruções para o entrevistador: Comece com a primeira pergunta aberta em cada categoria e encoraje o participante a elaborar o conteúdo de forma espontânea; depois verifique as questões específicas em cada área que não foram abordadas pelo participante.

A. Na comunidade: Primeiro, gostaria de saber como tem sido para você morar em New Haven. Como tem sido para você desde que recebeu alta [do hospital psiquiátrico]?

**1. Como você passa seu tempo em New Haven?**

Que tipo de coisas você faz durante o dia?

Como você passa suas noites?

Como você passa seus fins de semana (particularmente sexta e sábado à noite)?

Você vai a festas, bailes ou outros eventos sociais?

Você se envolve em alguma atividade religiosa, sozinho ou com outros (por exemplo, ir à igreja, sinagoga ou mesquita, orar ou conversar a sós com Deus)?

Você comemora algum feriado? Se sim, como (onde, com quem etc.)?

**2. Como é seu relacionamento com outras pessoas?**

Você tem algum amigo?

Você vê alguém de sua família?

Você tem algum relacionamento amoroso?

Como as pessoas tratam você na comunidade?

Como você satisfaz suas necessidades sexuais?

Você sente que pertence a algum grupo?

**3. Como é a comunidade?**

Há algum lugar em New Haven ao qual você sente que pertence?

Você se sente seguro na comunidade?

Você consegue comprar as coisas que quer ou das quais precisa?

Você consegue se locomover como gostaria?

Você consegue usar os recursos da comunidade ou fazer algo que ela tem a oferecer (filmes, lugares para comer etc.)?

Como você cuida de suas necessidades diárias (comer, lavar roupa etc.)?

Como você se sente sobre o lugar onde você mora?

Você consegue fazer alguma coisa dentre as quais costumava gostar – ou que eram importantes para você – antes de ir ao hospital (como, por exemplo, comer comidas favoritas, ter um bom corte de cabelo, participar de eventos familiares etc.)?

**4. Alguma coisa tem sido particularmente difícil para você desde que recebeu alta [do hospital psiquiátrico]?**

Sintomas ou problemas psiquiátricos?

Você se sente mais sozinho ou sem esperança?

Você já teve algum problema de sua saúde?

Tem sido mais difícil lidar bem com seu dia a dia (por exemplo, comer ou preenchendo o tempo)?

Tem sido mais difícil para você ver ou conversar com seu médico ou outros profissionais da saúde?

**5. Que sucessos ou boas experiências você tem tido desde que teve alta?**

Você gosta de que coisas em relação à comunidade?

Você pode fazer mais coisas ou coisas diferentes que aprecia, agora que está na comunidade?

Como você se sente sobre sua capacidade de, dentro do possível, cuidar de si mesmo?

**6. O que você tem achado mais útil em sua adaptação à vida na comunidade?**

**7. Você sente falta de alguma coisa [do hospital psiquiátrico]?**



Pessoas específicas?  
Lugares específicos?  
Atividades ou oportunidades específicas de trabalho, escola ou recreação?  
Sentimentos de estar seguro e sendo cuidado?

8. Ao olhar para o futuro, quais são suas esperanças?

9. Ao olhar para o futuro, quais são seus medos?

Primeiro, o leitor atento notará que várias dessas questões violam nossos próprios princípios de entrevista qualitativa. Por exemplo, perguntas começando com “Você...” ou “Você tem...” possivelmente poderiam provocar respostas sim ou não, embora na prática raramente isso aconteça. Perguntas começando com “Você é capaz...” podem deixar as pessoas na defensiva tanto quanto perguntas como “Por que...”, principalmente se elas forem sensíveis a serem consideradas incapazes (uma sensibilidade que muitas pessoas com esquizofrenia têm). Finalmente, perguntas como “Você se sentiu mais solitário ou sem esperança?” não apenas indagam sobre sentimentos, mas também podem levar o participante a áreas às quais o investigador deseja que ele vá introduzindo as tendências do entrevistador na história. Então, que conclusões devemos tirar desse exercício?

Essas perguntas da entrevista foram desenvolvidas como parte de um de nossos primeiros estudos qualitativos. Gostaríamos de acreditar que aprendemos muito sobre a realização de entrevistas qualitativas ao longo dos anos de intervenção e, na maioria das vezes, não usaríamos mais perguntas enquadradas dessa forma pelas razões citadas acima. Então, por que usamos essas perguntas como exemplos? Levando em conta que esse exercício pretendia ilustrar o processo de enquadramento de perguntas para entrevistas qualitativas, essa entrevista inicial foi escolhida com o propósito de demonstrar alguns pontos adicionais.

O primeiro ponto, como fica evidente no último parágrafo, é que não é tão fácil assim desenvolver boas perguntas qualitativas. As perguntas descritas acima foram desenvolvidas seguindo a nossa revisão de literatura, a reflexão sobre nossas experiências clínicas relevantes e uma série de entrevistas-piloto. Agora, olhando para trás e, consideravelmente, com mais experiência acumulada em nossa profissão, descartaríamos dois terços dessas perguntas, especialmente as subsequentes. Entretanto, incluímos as que ajudam os participantes a se fixar nos detalhes de suas experiências. Se jogarmos fora dois terços das perguntas, de que outra forma poderíamos garantir a especificidade das narrativas e a inclusão dessas importantes áreas?

Isso nos leva a um segundo ponto, que é o fato de que os protocolos de entrevista qualitativa devem ser usados de forma flexível como guias ou indicações para o entrevistador; eles não devem ser administrados literalmente, em um formato padronizado, como se fossem instrumentos quantitativos estruturados. A única – e mais importante – coisa que um entrevistador qualitativo pode fazer para suscitar uma rica narrativa descritiva de um participante é ouvir ativamente o que ele está dizendo. Não é possível ouvir com atenção se estiver também preocupado em ter o cuidado de fazer todas as perguntas fornecidas exatamente na ordem e na forma como foram projetadas. Na verdade, seria raro, em uma entrevista qualitativa, o entrevistador usar todas as questões específicas planejadas. À medida que ele se apega estritamente ao roteiro e às sugestões delineadas, corre o risco de realizar uma entrevista estruturada ou semiestruturada. As entrevistas narrativas abertas, por outro lado, assumem vida própria e afastam-se consideravelmente do protocolo construído. Foi por isso que as problemáticas questões pré-elaboradas incluídas no protocolo acima não prejudicaram muito a condução das entrevistas propriamente ditas; muitas delas simplesmente não foram usadas.

Isso leva ao terceiro e último ponto derivado desse exemplo: que é possível aprender a forma de melhorar a qualidade de entrevistas qualitativas ao longo do tempo. Se não confiamos no roteiro de perguntas, como, então, o participante foi encorajado a descrever suas experiências em detalhe? A chave foi mencionada na primeira frase das instruções fornecidas com o protocolo acima, mas de tal forma, que ele facilmente poderia ter sido ignorado por ser óbvio. A frase dizia: “Comece com a primeira pergunta aberta em cada categoria e encoraje o participante a elaborar o conteúdo espontaneamente”. Em todos os anos desde que desenvolvemos esse primeiro protocolo, aprendemos que encorajar participantes a elaborar suas próprias respostas é mais importante do que enquadrar perguntas específicas pré-elaboradas que acompanhem as perguntas abertas. Na verdade, quanto mais experientes nos tornamos na condução de entrevistas qualitativas, menos perguntas predeterminadas acabamos fazendo. No lugar disso, percebemos que fazer outras perguntas usando as próprias palavras do participante é um caminho mais eficaz para suscitar mais detalhes encobertos ou implícitos em sua narrativa do que nossa tentativa de antecipar áreas específicas de foco, como foi feito acima em nosso roteiro. No entanto, o trabalho de antecipar determinadas áreas a serem exploradas continua a ser importante, já que tais perguntas, mesmo quando não solicitadas explicitamente, permanecem como pano de fundo para o entrevistador, moldando a escolha de suas perguntas. Como a tarefa de formular mais perguntas eficazes representa ainda outro desafio significativo pouco reconhecido pelos pesquisadores qualitativos, merece uma seção própria.

## Incentivando a Elaboração



No início do Capítulo 1, mencionamos que tivemos o privilégio de trabalhar com um estudante de medicina há alguns anos que, mesmo em sua inexperiência, tinha um talento intuitivo para conduzir excelentes entrevistas qualitativas. Será que esse fato contradiz o que dissemos acima sobre o papel da experiência de aprender a formular questões qualitativas? Em outras palavras, se um estudante de medicina relativamente inexperiente, que sabe pouco sobre esquizofrenia, pode conduzir excelentes entrevistas qualitativas com pouco treinamento, como pode ser necessário ter uma sólida compreensão da literatura sobre esquizofrenia e ter uma vasta experiência com entrevistas para conduzi-las bem? Devemos observar, no entanto, que nosso estudante de medicina não desenvolveu o protocolo de entrevista sozinho, mas havia sido treinado em seu uso. Além disso, foi bem impressionante a maneira como, em suas entrevistas, ele fazia as diversas perguntas subsequentes. Vamos nos voltar a esses aspectos agora para explorar maneiras de encorajar participantes na elaboração espontânea de suas próprias respostas, oferecendo mais detalhes de sua história. É nesse processo que uma inocência genuína – ou uma curiosidade bem treinada e disciplinada – tem valor, ajudando a evitar que o investigador tenha pressuposições sobre o que o participante está trazendo, ou que perca oportunidades de pedir esclarecimentos.

O estudo para o qual essas entrevistas foram conduzidas fazia parte de uma investigação randomizada comunitária maior, que passou a ser chamada de “socialização apoiada” (Davidson, Haglund, et al., 2001). Nesse estudo maior, 260 pessoas com um transtorno mental grave, que se encontravam socialmente isoladas e retraídas, receberam uma bolsa de 28 dólares mensais e foram encorajadas a participar de atividades sociais e recreativas na comunidade. De forma aleatória, dois terços desses participantes também tinham a oportunidade de ir com alguém – uma companhia voluntária – a essas atividades sociais e recreativas. Esse projeto, juntamente com o estudo qualitativo menor embutido nele, foi descrito em detalhes em outros textos (Davidson, Haglund, et al., 2001; Stayner, Davidson, & Tebes, 1996), e não será descrito em detalhes aqui. Para nosso propósito aqui, basta saber que o entrevistador estava pedindo que as pessoas que participaram desse projeto descrevessem suas experiências de terem companhia, de se tornarem amigos de seus companheiros e falarem sobre sua vida antes e depois dessa parceria.

Foi em sua resposta a essas perguntas que uma mulher, que chamamos de Jane, ofereceu a seguinte descrição de sua vida antes do projeto:

Eu abria uma lata e comia direto da lata, porque sabia que tinha que comer alguma coisa, mas eu não tinha ânimo algum de fazê-lo porque eu iria comer sozinha. A única pessoa que eu tinha para conversar era a televisão. Então eu abria uma lata de feijão, nem esquentava, porque sabia que tinha que colocar uma comida dentro de mim... Eu [não] ia pra um restaurante porque não gosto do vazio. Sabe, você senta lá e simplesmente compra sua refeição. Não tem o mesmo sabor de quando você está comendo junto com alguém (Citado em Davidson, Stayner, Nickou, et al., 2001, p. 380).

Há uma série de coisas notáveis na resposta de Jane, inclusive sua capacidade de captar seu senso de isolamento em sua descrição de estar sentada na frente da televisão comendo feijão frio da lata porque sabia que “tinha que colocar uma comida dentro de mim”. Essa descrição fornece um excelente exemplo do tipo de detalhe descritivo rico que um investigador fenomenológico espera obter a partir de entrevistas qualitativas. Apesar de estar gravemente incapacitada pela esquizofrenia e apresentar um pouco do que psicopatologistas rotulariam, em seu uso de linguagem, como “concretude”, Jane também fornece um excelente exemplo de como, na maioria das vezes, as pessoas com esquizofrenia fazem sentido quando falam. A única parte da resposta de Jane que saiu do caminho do senso comum, o único exemplo do que alguns podem descrever como uma concretude inadequada, foi sua conclusão de que a comida não tem o mesmo gosto quando ela está sozinha quanto teria se ela estivesse comendo com outra pessoa.

Atento ao desenrolar da história de Jane e percebendo quando sua narrativa (um tanto abruptamente) deixou de fazer sentido para ele, o entrevistador escolheu esse momento para pedir que Jane elaborasse mais sua história. A escolha de como enquadrar essa pergunta exemplifica uma forma particularmente eficaz de incentivar elaboração, a qual recomendamos seja usada quando possível. Essa foi a abordagem de reiterar o que a própria participante disse, em suas palavras, porém no contexto de uma pergunta. Nesse caso, o entrevistador perguntou: “Não tem o mesmo gosto?”, ao que Jane respondeu:

Não, porque, que nem quando você vai ao Burger King, no primeiro dia [do mês] eu posso ir ao Burger King [porque] tenho dinheiro. Eu tenho um motivo pra ir lá porque tenho dinheiro, mas estou sozinha. Sento na mesa. Como um hambúrguer. Estou só comendo um hambúrguer. Mas quando eu vou lá com alguém e estou sentada lá na mesa comendo, ela vai dizer: “Ah, seu hambúrguer está bom?”. Então torna-se, o hambúrguer torna-se perceptível, e então sua mente começa a pensar no sabor. Mas quando você está sentado lá sozinho, você está apenas comendo e depois sai pela porta... Na verdade, não quero comer, porque não tem um gosto bom quando estou sozinha. [Mas] quando você sai [e] você não está sozinho, você pode comer conversando com alguém, de forma que aquela lata de feijão poderia estar em uma tigela de ouro em vez de apenas em uma lata simples e fria (Citado em Davidson, Stayner, Nickou, et al., 2001, p. 380-381).

À semelhança do caso na avaliação da precisão e perpetuidade das interpretações em psicoterapia (Ca-



sement, 1991; Edelson, 1993), a eficácia de perguntas qualitativas em uma entrevista pode ser julgada pela qualidade das respostas que elas evocam. Perguntas bem estruturadas, como interpretações bem-feitas, geram dados narrativos ricos, como os vistos na resposta de Jane acima. Se o entrevistador não tivesse pedido que Jane explicasse como o hambúrguer tinha gosto diferente nas duas situações, Jane provavelmente não teria oferecido as duas histórias de comer no Burger King com e sem um amigo. É exatamente esse tipo de história, no entanto, que fornece o grão mais útil para o moinho fenomenológico de análise estrutural que será descrito no próximo capítulo.

No primeiro exemplo, é provável que o entrevistador genuinamente não soubesse como o hambúrguer poderia ter um sabor diferente nas duas situações até o assunto ter sido esclarecido pela participante. Não perguntar, em tal circunstância, não é tanto uma questão de ignorar o óbvio, mas de desconhecer a própria ignorância. Por essa razão, é importante, ao conduzir entrevistas qualitativas, estar intimamente familiarizado com e aceitar a própria ignorância. É relevante para essa circunstância o princípio adicional de que “Quando você não entender algo que a pessoa está dizendo, pergunte”.

No segundo exemplo que se segue, por outro lado, é bem possível que o entrevistador tenha pensado que já havia entendido o que a participante estava dizendo, mas pediu esclarecimentos para confirmar, rejeitar ou simplesmente explicitar seu entendimento implícito. Essa é uma razão igualmente legítima e mais comum para pedir esclarecimento de narrativas, pois os entrevistadores não devem se contentar com um entendimento implícito ou não comprovado. Fazer isso abre a porta para que os próprios preconceitos do entrevistador se infiltrem sorrateiramente na narrativa do participante. Como todos nós necessariamente acabamos incorporando certo número de significados implícitos nas nossas relações interpessoais em nosso funcionamento diário, infelizmente é mais difícil aprender a reconhecer quando estamos fazendo suposições injustificadas sobre significados implícitos em uma entrevista, e precisamos, no lugar disso, fazer perguntas esclarecedoras. O exemplo a seguir ilustra o valor de fazer tais perguntas em casos nos quais se espera que as respostas confirmem entendimentos implícitos, pois não é incomum que, em tais situações, haja surpresas que acabam lançando uma luz adicional sobre os fenômenos de interesse.

Neste exemplo, nosso talentoso estudante de medicina estava entrevistando um cavalheiro com uma história de 20 anos de transtorno mental grave e uso de substâncias que foram randomizados nas condições do grupo-controle do estudo descrito acima. Nessa condição, os participantes receberam os 28 dólares de bolsa mensal, mas não tinham um parceiro voluntário para acompanhá-los nas atividades sociais e recreativas que haviam sido incentivados a realizar. A questão de ter tal condição de comparação era ver se a intervenção de fornecer a bolsa mensal e incentivar os participantes a sair e usar o dinheiro para se divertirem era suficiente por si só para aumentar seu envolvimento em atividades sociais. De forma similar, entrevistas qualitativas com participantes nessas condições de controle focavam em descrever sua vida antes do projeto, como usavam o dinheiro e como havia sido sua vida desde que se juntaram ao projeto e receberam a bolsa. Nessa parte da entrevista, o participante, a quem chamamos de Tom, estava descrevendo para o entrevistador como era sua vida antes de aderir ao projeto. Em resposta a uma pergunta específica sobre como ele passou as férias, Tom disse:

Faz anos que odeio o Natal porque... [essa é] a ocasião em que todo o mundo se reúne e todo o mundo conversa, e todo o mundo se senta à mesa e eles começam a listar suas realizações. E eu não tenho muitas para listar. Estou na escola. Estou na faculdade, sabe. Grande coisa. Só faço um curso por semestre. Meus irmãos fizeram dois cursos no semestre. Tenho um irmão que é advogado. Outro irmão vai ser padre. Outro que é atuário de seguros. São todas carreiras bem pagas, empregos respeitáveis. Aí você olha para mim e o que é que eu tenho e o que estou fazendo? É muito difícil tentar se comparar a essas pessoas. E todo o mundo está se reunindo em um feriado e... eles geralmente estão se comparando assim: “Eu fiz isso”, “Bem, eu fiz aquilo” e eu não tenho muito o que dizer sobre o que fiz. E o que eu digo, não gosto de dizer, porque, sabe, por causa de como as coisas são (Citado em Davidson, Stayner, Nickou, et al., 2001, pp. 381-382).

Nesse momento da entrevista, o entrevistador tem pelo menos três opções de direção a seguir, com base em três abordagens diferentes ao que Tom está descrevendo.

Uma opção é assumir que quando diz: “[...] só por causa de como as coisas são”, Tom está se referindo aos exemplos que ele já forneceu na entrevista. Nesse caso, o entrevistador estaria assumindo que Tom não gosta de falar sobre o que está fazendo porque só estava fazendo um curso por semestre, e não fez mais nada que valha a pena mencionar, especialmente em comparação a seus irmãos com alto desempenho. Nesse caso, o entrevistador pode não fazer nenhuma pergunta, permitindo que Tom continue sem ser interrompido, ou, se precisar (i.e., se Tom parar e não continuar), fazendo a próxima pergunta no protocolo e presumindo que esse comentário foi totalmente compreendido. Observe que, nesse caso, não só o entrevistador está fazendo uma injustificada suposição, mas também não há nada no relato de Tom que aponte diretamente para o fato de ele ter um transtorno mental grave, pois essa história é igualmente comumente para qualquer um de nós que se considera um “nunca bom o suficiente” [underachievers] em nossa família. Certamente, não queremos supor que tudo que as pessoas nos contarem estará diretamente relacionado ao seu transtorno mental, pois



isso seria perpetuar a própria pressuposição sobre a esquizofrenia que estamos tentando desafiar. Conforme veremos, no entanto, nesse caso não ter perguntado seria perder uma dimensão importante da experiência de Tom, que, de outra forma, teria permanecido desconhecida.

Como segunda opção, o entrevistador poderia ter perguntado o que poderia parecer uma pergunta esclarecedora, mas fazendo-o de maneira a dar a entender que ele já havia entendido Tom, da forma como descrevemos acima (i.e., em termos de seu baixo desempenho em relação a seus irmãos), de maneira que Tom simplesmente confirmasse esse entendimento para, então, poder seguir em frente com o restante da entrevista. Tal pergunta poderia ser formulada assim: “Tom, por ‘como as coisas são’ você quer dizer fazer apenas um curso por semestre, e não ter realizado muito mais?”. No entanto, esses são precisamente os tipos de pergunta criticados porque ‘conduzem a testemunha’, por assim dizer. Fazendo a pergunta dessa forma, o entrevistador pode muito bem ter interpretado *por* Tom o significado de seu comentário antes que Tom tivesse a chance de se conscientizar de seu significado. Como muitos participantes relutam em corrigir o entrevistador, essa é uma forma de infiltrar os próprios preconceitos sem ao menos perceber. Para evitar tais vieses, uma regra prática útil é: “Se você entende o que a pessoa está dizendo, não peça esclarecimentos, mas se você não sabe o que a pessoa está dizendo, peça esclarecimentos de tal forma, que mantenha todas as opções do participante abertas”. Em outras palavras, faça a próxima pergunta de uma forma igualmente aberta.

Com essa regra geral, chegamos à terceira opção, aquela escolhida pelo nosso entrevistador. Mesmo que, da mesma forma, ele tenha presumido entender a história de Tom como típica de um fracassado, o entrevistador foi humilde o suficiente para aceitar sua ignorância e escolher uma versão mais aberta da pergunta esclarecedora. Como outra ilustração do valor de se reiterarem as próprias palavras da pessoa no contexto de uma pergunta, ele indagou: “Só por causa de como as coisas são?”, ao que Tom, então, respondeu: “Sim, tipo ‘eu não fui ao manicômio este mês, acho que estou indo muito bem’. Você sabe, o que deve dizer” (citado em Davidson, Stayner, Nickou, et al., 2001, p. 382).

Com essa resposta, recebemos indicações de como a história de Tom *está* diretamente relacionada à sua história de transtorno mental grave, ao uso de substâncias e às hospitalizações repetidas. Ao se referir ao “manicômio” de uma maneira autodepreciativa, Tom parece estar conectando seu desempenho inferior em comparação com seus irmãos, sua falta de realização e, enfim, seu ódio pelo Natal e outros feriados à sua história de distúrbio psiquiátrico e institucionalização. Com uma pitada de sarcasmo dirigida, infelizmente, a si mesmo, Tom mostra ao entrevistador uma das maneiras pelas quais seu senso de identidade foi afetado por suas lutas com sua doença e suas sequelas, e, por sua vez, uma das formas pelas quais sua autoimagem negativa resultante impacta seus relacionamentos familiares. Sem culpar Tom por suas autopercepções negativas, vale a pena notar que inúmeras pessoas com histórico de transtorno mental grave achariam que fazer qualquer curso universitário, independentemente de quantos créditos por semestre, é uma importante razão de se orgulhar. Aparentemente, esse não é o caso de Tom, e agora temos o início de uma compreensão de ‘por que’ isso pode ser assim. Conforme podemos ver, mesmo nos casos em que as perguntas podem ser feitas, inicialmente, para confirmar a compreensão do entrevistador, as respostas das pessoas geralmente não apenas confirmam ou desmentem esse entendimento, mas também elaboram a partir delas, de maneiras potencialmente bastante úteis.

## Uma Ilustração Final

Encerramos este capítulo com um último exemplo da utilidade de perguntas complementares, desta vez voltando ao estudo já descrito sobre pacientes de longa permanência no hospital psiquiátrico que retornaram à comunidade de New Haven. Nesse exemplo, não encontramos o entrevistador reiterando diretamente as próprias palavras do participante, mesmo que essa abordagem pudesse ter sido eficaz. Nesse exemplo, o entrevistador optou por outra abordagem que também vale a pena descrever e recomendar. Essa abordagem pode parecer semelhante a certas técnicas cognitivo-comportamentais, mas dentro da tradição fenomenológica é derivada da noção de Husserl de “redução eidética” (1983).

A redução eidética não deve ser confundida com a redução fenomenológica discutida na Introdução. A redução fenomenológica, lembrando, colocava entre colchetes a existência de um mundo lá fora independente de nossa experiência dele. Embora compartilhe o termo matemático “redução”, a redução eidética é uma questão completamente diferente. Ela é descrita talvez com mais precisão e para confundir menos, envolvendo a técnica de “variação imaginativa” (Husserl, 1983). Conforme o próprio nome sugere, variação imaginativa é uma técnica de variar os detalhes de um objeto em nossa imaginação a fim de determinar quais aspectos desse objeto são essenciais para que seja o que é. Para facilitar um entendimento, tomemos o exemplo de uma cadeira de metal vermelha como nosso objeto. O que faz essa cadeira ser como a experienciamos, pergunta Husserl, precisamente uma cadeira, e não outra coisa, como uma mesa ou um sofá? É essencial, por exemplo, que a cadeira seja vermelha para que seja uma cadeira? Da mesma forma, é essencial que a cadeira seja de metal para ser uma cadeira? Podemos variar esses detalhes específicos em nossa imaginação a fim de avaliar o status desses vários aspectos. Podemos imaginar a cadeira verde, marrom ou amarela, em vez de vermelha, e em cada caso, para todos os efeitos e propósitos, continuaria sendo uma cadeira. Podemos imaginar essa cadeira de madeira ou de plástico, e não de metal, e ainda em cada caso continuaria sendo uma cadeira. Obviamente, é mais fácil determinar a natureza de uma cadeira (por exemplo, um objeto no qual uma pessoa



pode se sentar) do que determinar a natureza de uma obra de arte, um objeto da natureza ou uma pessoa. Em todos esses casos, porém, a técnica permanece essencialmente a mesma.

Agora vejamos como essa técnica de variação imaginativa poderia ser útil para ajudar um entrevistador qualitativo a formular perguntas subsequentes. Vamos tomar como exemplo uma entrevista com uma participante do sexo feminino que tivesse passado, no total, quase um terço de seus 36 anos em hospital psiquiátrico, sofrendo de uma combinação de esquizofrenia com uso de cocaína. Quando o entrevistador lhe perguntou se ela participava de alguma atividade religiosa na comunidade, essa jovem respondeu: “Não tenho vestido”. Fora de seu contexto, essa resposta pode muito bem ser vista como um exemplo de um sintoma de transtorno formal do pensamento encontrado na esquizofrenia, uma vez que parece ser um *non sequitur*<sup>5</sup>. O entrevistador, no entanto, como clínico habilidoso e experiente pesquisador qualitativo, entendeu que poderia haver uma ligação entre a participação dessa mulher em atividades religiosas e seu guarda-roupa.

Dado o contexto de pobreza urbana em que essa jovem vivia, o entrevistador entendeu a resposta como ela possivelmente não tendo roupas apropriadas para frequentar a igreja. Nesse caso, buscar um esclarecimento simplesmente reiterando as palavras dela na forma de uma pergunta como: “Você não tem um vestido?” poderia correr o risco de ofendê-la, mesmo sem que houvesse essa intenção. Poderíamos imaginá-la respondendo com a afirmação: “Não, eu não tenho vestido”, mas dita de tal forma, que daria para imaginá-la acrescentando: “Qual é o seu problema? Você não ouve bem?”, ou, pior, “Claro que eu não tenho um vestido! Você não sabe como é ser portador de deficiência?”. Seja como for, essa pergunta poderia ter prejudicado, ao invés de contribuir para o relacionamento entre entrevistador e participante, além de falhar na promoção de qualquer informação adicional. Seria necessário que houvesse uma abordagem diferente para encorajá-la a elaborar sua resposta intrigante à pergunta sobre sua atividade religiosa.

Nesse caso, a variação imaginativa pode ser muito proveitosa tanto para o entrevistador quanto para o participante. Seu uso, nesse caso, envolveria variar detalhes da narrativa da participante na imaginação do entrevistador para determinar se ela percebia “ter um vestido” como a única condição necessária para estar envolvida em atividades religiosas. Dessa forma, o entrevistador respondeu perguntando: “Se você tivesse um vestido, você iria?”. Isso suscitou a seguinte resposta da participante:

Não. As igrejas ficam lotadas hoje em dia, e eu não gostaria de ir e ficar com um monte de gente, sabe? Eu posso simplesmente ouvir a palavra de Deus no rádio, se eu quiser.

Essa resposta vai muito além da simples questão de saber se a participante possui um vestido apropriado para usar na igreja. Os comentários dela antecipando dificuldades em estar com muitas pessoas em igrejas lotadas aponta para uma sensação mais ampla de desconforto em aglomerados públicos e começam a nos dar uma visão de alguns dos fatores que podem estar contribuindo para o seu isolamento social. Se o entrevistador tivesse simplesmente presumido que o comentário dessa jovem sobre não ter vestido era o final, e não o início de uma história sobre sua hesitação em participar de atividades religiosas, não teríamos aprendido essa importante informação sobre seu desconforto e preocupações sociais mais amplas. Ao apresentar a questão hipotética de mudar ou não a questão, se um dos detalhes da história tivesse sido diferente (ou seja, ela ter um vestido), o entrevistador foi capaz de obter um relato mais completo da vida da participante.

Pode ser que, com esse exemplo, o leitor tenha ainda duas preocupações acerca de nosso tratado de princípios sobre a formulação de questões qualitativas. A primeira é que, ao pedirmos que essa participante, de forma imaginativa, varie os detalhes de seu relato, será que não estamos colocando-a de volta no papel de psicóloga, que é o que desaconselhamos no início deste capítulo? Não estamos pedindo que explique seu comportamento da forma que queremos evitar, perguntando se ter ou não um vestido é essencial na sua relutância em participar de atividades religiosas? Note, porém, que isso não foi o que o entrevistador perguntou. Ele não enquadrando sua pergunta como uma tentativa de interpretação para ela confirmar ou não, solicitando, por exemplo: “Então você está dizendo que ficaria muito envergonhada de ir igreja?”, ou “Ah, você acha que as pessoas não iriam recebê-la bem por causa de como você se veste?”. Da mesma forma, ele não convidou a participante a interpretar seu próprio comportamento, perguntando: “Você tem medo de estar inadequada?”. A pergunta dele absteve-se de colocar a participante no papel de psicóloga, mantendo um nível de detalhe descritivo e comportamental. A pergunta era se ela iria à igreja caso tivesse um vestido. Não abordou razões nem significados de sua escolha, muito menos pediu que a participante explicasse a escolha dela. Simplesmente a convidou para imaginar a possibilidade de uma mudança na trama de sua narrativa e perguntou se essa variação também se encaixava na sua narrativa.

Uma segunda preocupação poderia ser que essa pergunta subsequente viola nosso primeiro princípio de ser uma pergunta fechada, colocando uma escolha entre o sim ou o não. A participante poderia simplesmente ter se restringido a dizer “não” e deixado sua resposta assim. Não é isso que estamos tentando evitar? Há duas respostas para essa pergunta. Uma é sim, e é isso mesmo que estamos, num primeiro momento, tentando evitar. Podemos ver, no entanto, que, nesse caso, a pergunta suscitou mais do que um sim ou um não. Isso significa que nosso princípio esteja errado, e que perguntas de sim ou não sejam boas de fazer? Não, e a razão pela qual a resposta é não é que essa questão, em particular, foi enquadrada nas palavras e nos deta-

<sup>5</sup> *Non sequitur*: uma conclusão ou afirmação que não segue com lógica uma afirmação anterior.



lhes do desenrolar da narrativa da pessoa. Percebemos que, uma vez que começamos a enquadrar perguntas nos próprios termos do participante, temos mais espaço para enquadrar perguntas, às vezes nem precisando enquadrá-las como perguntas em si. Isso parece ser resultado do fato de que, quando se acompanha de perto a narrativa de outra pessoa, a maioria das perguntas feitas nesse contexto tende a ser vista como pedido de maior elaboração da história que está sendo contada (que é exatamente o que são). Uma vez estabelecido um fluxo narrativo, isso pode ser suficiente para fazer um breve comentário, usar uma expressão como “Uau!”, “Realmente!”, ou “Oh!”, ou até mesmo levantar as sobrancelhas sem dizer nada; primordialmente, tudo isso tem o objetivo de deixar que a pessoa saiba que você está ouvindo e acompanhando, encorajando-a, portanto, a prosseguir.

Deixando de lado as caricaturas de psicanalistas dizendo “hum”, isso nos leva à segunda resposta à pergunta acima em relação ao nosso desejo de evitar perguntas fechadas. Os princípios para formularmos boas perguntas qualitativas, enumerados anteriormente, destinavam-se a orientar o entrevistador em uma postura de escuta ativa e atenta. No entanto, seguir todos esses princípios de forma literal não irá melhorar a qualidade de uma entrevista se essa postura de escuta ativa e atenta não estiver presente. Também descobrimos que, até certo ponto, o contrário disso também é verdade no sentido de que, se o entrevistador estiver, de fato, ouvindo de forma ativa e atenta, seguindo a narrativa do participante de perto, então isso abre um espaço para ele fazer perguntas, comentários ou dar orientações não verbais, conforme descrito acima, transmitindo à pessoa que o desejo é de que ela continue a contar sua história.

Os princípios que oferecemos destinam-se a ajudar os entrevistadores a alcançar uma postura na qual esses mesmos princípios não importem mais. Como na história de Zen, do discípulo que confunde o dedo apontando para a lua com a própria lua, é a escuta ativa e atenta, promovida por esses princípios, que é o mais importante, e não os princípios em si. Há muitos caminhos disponíveis pelos quais se pode aprender a ouvir. Oferecemos nossos princípios apenas como um desses caminhos. O importante é que o entrevistador seja capaz de ouvir, e que o participante se sinta ouvido. Uma vez construído esse cenário, invariavelmente as narrativas fluirão.

## Referências

- Baez, B. (2002). Confidentiality in qualitative research: Reflections on secrets, power, and agency. *Qualitative Research, 2* (1), 35–58.
- Boman, J., and Jevne, R. (2000). Pearls, pith, and provocation: Ethical evaluation in qualitative research. *Qualitative Health Research, 10* (4), 547–554.
- Bruner, J. (1986). *Actual minds, possible worlds*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Casement, P.J. (1991). *Learning from the patient*. London: British Psychoanalytic Society.
- Cieurzo, C., and Keitel, M.A. (1999). Ethics in qualitative research. In M. Kopala and L. A. Suzuki (Eds.), *Using qualitative methods in psychology* (pp. 63–75).
- Davidson, L., and Cosgrove, L.A. (1991). Psychologism and phenomenological psychology revisited: I. The liberation from naturalism. *Journal of Phenomenological Psychology, 22* (2), 87–108.
- Davidson, L., Haglund, K.E., Stayner, D.A., Rakfeldt, J., Chinman, M.J., and Kraemer Tebes, J. (2001). “It was just realizing . . . that life isn’t one big horror”: A qualitative study of supported socialization. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 24* (3), 275–292.
- Davidson, L., Hoge, M.A., Merrill, M.E., Rakfeldt, J., and Griffith, E.E.H. (1995). The experiences of long-stay inpatients returning to the community. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes, 58* (2) 122–132.
- Davidson, L., Stayner, D.A., Nickou, C., Styron, T.H., Rowe, M., and Chinman, M.J. (2001). “Simply to be let in”: Inclusion as a basis for recovery. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 24* (4), 375–388.
- Deegan, P.E. (1993). Recovering our sense of value after being labeled. *Journal of Psychosocial Nursing, 31* (4), 7–11.
- Edelson, M. (1993). Telling and enacting stories in psychoanalysis and psychotherapy: Implications for teaching psychotherapy. *Psychoanalytic Study of the Child, 48*, 293–325.
- Hadjistavropoulos, T., and Smythe, W.E. (2001). Elements of risk in qualitative research. *Ethics and Behavior,*



11 (2), 163–174.

- Herman, N.J., and Smith, C.M. (1989). Mental hospital depopulation in Canada: Patient perspectives. *Canadian Journal of Psychiatry*, 34, 386–391.
- Husserl, E. (1970a). *The crisis of European science and transcendental phenomenology* (D. Carr, Trans.). Evanston, IL: Northwestern University Press.
- Husserl, E. (1983). *Ideas pertaining to a pure phenomenology and to a phenomenological philosophy*. (F. Kersten, Trans. First book: General introduction to a pure phenomenology). The Hague: Martinus Nijhoff.
- Lord, J., Schnarr, A., and Hutchison, P. (1987). The voice of the people: Qualitative research and the needs of consumers. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 6, 25–36.
- North, C. (1987). *Welcome, Silence*. New York: Simon and Schuster.
- Orb, A., Eisenhauer, L., and Wynaden, D. (2001). Ethics in qualitative research. *Journal of Nursing Scholarship*, 33 (1), 93–96.
- Piercy, F.P., and Fontes, L.A. (2001). Teaching ethical decision-making in qualitative research: A learning activity. *Journal of Systemic Therapies*, 20 (4), 37–46.
- Price, J. (1996). Snakes in the swamp: Ethical issues in qualitative research. In R. Josselson (Ed.), *Ethics and process in the narrative study of lives* (Vol. 4, p. 293). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Punch, M. (1994). Politics and ethics in qualitative research. In N. Denzin and Y. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (pp. 83-97). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Raudonis, B.M. (1992). Ethical considerations in qualitative research with hospice patients. *Qualitative Health Research*, 2 (2), 238-249.
- Schank, R. (1982). *Dynamic memory*. New York: Cambridge University Press.
- Schank, R. (1990). *Tell me a story: A new look at real and artificial memory*. New York: C. Scribner and Sons.
- Stayner, D.A., Davidson, L., and Tebes, J.K. (1996). Supported partnerships: A pathway to community life for persons with serious psychiatric disabilities. *The Community Psychologist*, 29, 14–17.
- Stewart, E. (2000). Thinking through others: Qualitative research and community psychology. In J. Rappaport and E. Seidman (Eds.), *Handbook of community psychology* (pp. 725–736). Dordrecht, Netherlands: Kluwer Academic Publishers.
- Strauss, J.S. (1996). Subjectivity. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 184 (4), 205-212.
- Thornicroft, G., and Bebbington, P. (1989). Deinstitutionalisation: From hospital closure to service development. *British Journal of Psychiatry*, 155, 739-753.