Sipeq
V Seminário Internacional
de Pesquisa e Estudos Qualitativos
Foz do Iguaçu, 30 e 31 de Maio e 1 de Junho de 2018

Pesquisa Qualitativa na
Educação e nas Ciências em Debate

Do SIPEQ a sócio da SE&PQ:
torne-se um pesquisador em rede

A PESQUISA QUALITATIVA NA ÁREA DA SAÚDE: AVANÇOS E EMBATES

> *A discussão revelou rapidamente - com certeza não é a primeira vez que isto ocorre na história da medicina - que a droga mais frequentemente utilizada na clínica geral era o próprio médico, isso é, que não apenas importavam o frasco de remédio ou a caixa de pílulas, mas o modo como o médico os oferecia ao paciente - em suma toda a atmosfera na qual a substância era administrada e recebida* (Balint, p. 1988, p. 1).
>
> Michael Balint, médico e psicanalista

1. Da Psicologia da Saúde aos Estudos clínico-qualitativos: definições, alvos e o debate sobre interdisciplinaridade

Não poderia deixar de abrir este texto, colocando como epígrafe a célebre frase de Michel Balint, que já demonstrava a sensibilidade de seu grupo de trabalho e pesquisa em saber "pescar" cientificamente no grande mar de falas dos pacientes. É uma das significações simbólicas mais comumente referidas às pessoas, que, em sua angústia, falam sobre as figuras profissionais que se ocupam em cuidar de coisa tão importante de suas vidas: a saúde, o adoecimento e os cuidados. Ter seu profissional de saúde e tomar medicamentos são fenômenos carregados de sentidos. Facilmente observáveis nas falas em *settings* assistenciais em saúde, no entanto, ainda são poucos os pesquisadores qualitativos que sabem e procuram interpretá-los de forma a buscarem resultados redigidos, úteis a comunidade de praticantes da clínica.

Nesta reflexão, tal escopo tem caráter um tanto nostálgico, pois diz de certa tradição acadêmica arrefecida, que teve um auge em Balint, personagem da psicologia médica britânica. Procuro retomar neste momento em que o fascínio pela tecnologia das ciências biomédicas, observável entre profissionais da saúde e entre a opinião pública, apresenta amplitude que obscurece hoje, na mesma literatura biomédica, a importância que merece a questão das relações interpessoais em *settings* de atendimento à saúde.

A Psicologia da Saúde é uma disciplina universitária forte. No significado mais preciso deste texto, entenderemos o termo na acepção específica de uma área ou um ramo do conhecimento. Neste contexto institucionalizado, a pesquisa qualitativa é conceituada ao nível dessa disciplina, que reflete o grau conceitual e metodológica que encerra e a profundidade e abrangência do conhecimento sobre significados simbólicos sobre o adoecimento para leitura sobretudo das equipes assistenciais.

Sabemos que para muitos profissionais, desde sua época de estudantes, os textos de psicologia aplicada à saúde tocavam fundo. São aqueles que aprenderam que certas dimensões do Homem, que hoje chamamos de psicológicas, foram sempre alvo de especulações, compreensões, discussões de quem quer que observasse, cogitasse, ou vivenciasse questões ligadas a processos do adoecer humano. Assim, as preocupações com o manejo das pessoas,

com os problemas relativos à saúde-doença, ocorrem no interesse por tais questões manifestas na história individual.

Mas, afinal o que devemos entender mais precisamente quando falamos da pesquisa qualitativa sob o quadro teórico da Psicologia da Saúde? Recordemos a divulgação dos resultados do trabalho profundo de pesquisa sobre relatos do cotidiano da prática médica, junto à Clínica Tavistock, em Londres, conduzido por Balint, publicadas as conclusões teóricas há meio século. Certas concepções mantiveram-se válidas e utilizáveis como referenciais nas discussões de novas pesquisas sobre questões psicológicas das relações que se estabelecem entre os clínicos, seus pacientes e familiares. Haja vista a riqueza atual das discussões balintianas, muitas de suas conclusões usamos como referencial teórico para discussão dos resultados de empreendimentos clínico-qualitativos, motivo pelo qual faço uma retomada de seus conceitos clássicos neste texto.

Haja vista que, historicamente, os campos definidores da Psicologia da Saúde vêm se mostrando com noções restritas à área clínico-assistencial do profissional médico, o abarcamento e a complexidade da área da saúde passaram a instar um ramo do conhecimento de maior abrangência em seu objeto de estudos psicológicos. Tanto a Psicologia Médica, como a Psicologia da Saúde, padece de um mesmo problema. Têm nascedouro departamentalizado, à medida que a primeira é carreada predominantemente por agentes do mundo médico, enquanto a segunda faz corpo com preponderância dos profissionais psicólogos. Viria à luz uma disciplina cuja paternidade seja híbrida?

Em nossa linha de pesquisa junto à instituição universitária, temos usado uma denominação que procura retratar mais apropriadamente o alvo dos estudos psicológicos nos *settings* da saúde. Trabalhamos com a definição de **psicologia da saúde**, com particularização dos estudos clínico-qualitativos, visando tanto o ensino quanto a educação dos profissionais da saúde:

> *É a área do conhecimento que se ocupa de estudar, do ponto de vista psicológico, os múltiplos fenômenos humanos ligados aos problemas do adoecimento, tendo como sujeitos-alvo pessoas participantes dos* settings *da saúde (sejam pacientes, familiares, profissionais da área ou membros da comunidade), A finalidade é utilizar conceitos e teorias desenvolvidos para melhor qualidade das abordagens de seus sofrimentos. Os estudos procuram explorar/interpretar sentidos e significações que estes problemas têm para as pessoas, que se manifestam nas relações estabelecidas na vida afetiva, na sexualidade, no grupo familiar, na profissão/ocupação e na vida sociocultural.*

Tanto quanto qualquer disciplina, a psicologia do campo da saúde deveria manifestar anseios pela interdisciplinaridade. Qualquer que seja o pesquisador que aprofunde seus estudos e direcione sua práxis de modo interdisciplinar, ele estará contribuindo com esta relevante etapa histórica do desenvolvimento do conhecimento científico e de sua epistemologia. Consiste justamente em fazer a "sua" disciplina se interpenetrar com outras, num incessante processo, remando contra a fragmentação do saber.

Poucos são os que realmente aderem eficazmente à proposta da interdisciplinaridade, haja

vista uma série de fatores impedidores, que fazem com que os acadêmicos sejam cúmplices nos seguintes grupos:

1º) **desconhecedores** - o profissional tem informação insuficiente sobre a proposta acadêmica da interdisciplinaridade, o que lhe limita a consciência para a possibilidade de adesão;

2º) **indiferentes** - o profissional conhece formalmente a proposta, mas deliberadamente mantém-se distante, não havendo identificação pessoal com esta postura e entendendo que a interdisciplinaridade é estranha a seu trabalho;

3º) **negligentes** - o profissional conhece bem ou suficientemente a concepção interdisciplinar, às vezes chegando a manifestar-se em seu discurso (aulas, conferências, publicações) como um simpatizante, mas apenas movido pelo desejo de mostrar-se academicamente moderno. Não apresenta práxis (ação) correspondente, haja vista não conseguir dimensionar de forma moderada a "sua" área do conhecimento (abrir mão do desejo hegemonia de sua disciplina) e assim preferindo ater-se a um saber fragmentado;

4º) **atuantes** - o profissional conhece a proposta e integra a área de estudos e pesquisa em que trabalha com outras áreas do saber, movido pela concordância com o ideal do ecletismo das teorias científicas e das abordagens concretas das questões que se lhe apresentam, e ainda questionado e combatendo as desnecessárias subespecializações.

2. Estudos clínico-qualitativos na psicologia da saúde e relações com áreas afins do conhecimento

2. 1. Fronteiras e intersecções com a chamada 'psicossomática'

A dita 'psicossomática' é área de especulação na qual temos expressões particulares e frequentemente sem definições suficientemente claras e específicas, tais como "medicina psicossomática" e "doença psicossomática". Originariamente a concepção de psicossomática esteve voltada ao sentido de pensar em algumas doenças, em que se acreditava – e se acredita - que fatores de ordem emocional estejam associados às causas, desencadeamento ou alterando a evolução dessas doenças. Assim, doenças psicossomáticas constituíam um crescente grupo de entidades nosológicas, das quais a úlcera péptica, a hipertensão arterial, a asma brônquica, a retocolite ulcerativa, entre outras, eram as mais lembradas e estudadas. Hoje, no entanto, observamos que em conversas acadêmicas, o termo presta-se a confusões, pois parece-se mais com uma grande caixa onde grupos de profissionais com diferentes interesses colocam suas concepções, as quais às vezes apresentam harmonia entre si, mas outras vezes estão visivelmente desconectadas.

E o que devemos entender quando um profissional diz, por exemplo, que trabalha com 'medicina psicossomática'? Existiria uma 'boa clínica' que comporta não ser psicossomática? Qual a diferença da qualidade de atendimento assistencial, precisão diagnóstica e eficácia de condutas clínicas de um profissional da saúde que afirma usar os conhecimentos da psicossomática e a qualidade dos que nada dizem a respeito? E quais são estes conhecimentos científicos da psicossomática? Referem-se a entender o doente e sua doença utilizando teorias psicanalíticas? Mas a que nível é usado o saber da psicanálise: para entender que um conflito pode materializar uma doença no corpo (lesão), que pode modular a gravidade dos sintomas, ou apenas para entender que recursos os doentes usam para lidar e conviver que a doença que

têm?

Qual corrente psicanalítica ou autores famosos da psicanálise dão melhor conta de nos explicar o que chamamos de problemas psicossomáticos? Seguir o pensamento dos psicossomatistas McDougall e/ou Marty é uma questão de opção pela riqueza intrínseca às respostas científicas contidas no pensamento destes bons autores, bem como pela grande envergadura de sua produção literária, ou, por outro lado, o número de profissionais adeptos destas correntes também aumenta e diminui ao sabor de certas regras de grupos acadêmicos que seguem mercadologicamente o autor mais em moda nos círculos sociais da ciência? E a psicofisiologia, nesta história toda, a quantas anda, atualmente?

Por outro lado, a ideia da psicossomática deveria também compreender a doença e todas as manifestações do corpo e do psiquismo (em cada evento que os compõe), como um querer-dizer a respeito do Homem, o qual porta ou vivencia, por sua vez, tantos conflitos emocionais, socioculturais e existenciais. É pertinente, assim, fazermos as seguintes críticas ao termo "psicossomática", codificando-as em três questões:

1ª) embute a ideia de **monodirecionalidade** - implicando que as questões psicossomáticas se tratariam de problemas "localizados" no "soma", sob a influência ou origem de características ou de eventos da esfera psíquica do homem. Assim como muitos usam a expressão somatopsíquica, que poderia indicar o caminho oposto, ambas não trazem em seu bojo a ideia de uma manifestação global simultânea no homem;

2ª) traz ênfase da **dicotomia** - a palavra psicossomática, ao ser composta pelos radicais "psique" e "soma", pode portar a conotação de divisão, como se mente e corpo fossem dois segmentos ou elementos justapostos, ideia bem ao sabor da perigosa cisão cartesiana e assim quebrando o sentido da unidade que se quer dar ao homem;

3ª) induz à concepção da **individualização estanque** - a expressão psicossomática omite núcleos semânticos importantes que explicitem outras dimensões do homem, como a social e a cultural, como se o que podemos entender por corpo e por alma fossem constructos que se entendessem também na relação com o mundo externo a si (as outras pessoas, as coisas), com o qual, em realidade, vivem em permanente contato e trocas.

Ainda mais, certas expressões criadas para reforçar a abordagem de uma escola teórica, como "psicossomática psicanalítica" ou "psicossomática culturalista", vêm a comprometer a construção interdisciplinar do campo que idealmente possamos querer para o movimento da psicossomática, à medida que nos leva entender que haja - e talvez lamentavelmente excluir - outras "psicossomáticas". Psicossomática, antes de mais nada, é uma palavra, e deve representar certo fato cultural e historicamente determinado, que aponta a existência de um grande movimento - entre profissionais, pesquisadores e população - feito de ideias e atitudes na busca de abarcar os problemas de saúde do homem no mais próximo possível do global, e não como uma mera disciplina científica (um ramo do conhecimento sobre as questões humanas da saúde-doença).

Quanto aos **limites entre a psicossomática e a psicologia da saúde**, com seus estudos clínico-qualitativos, epistemológicos e da práxis, digamos que, enquanto a primeira ganha um *status* de atitude filosófica, considerando como deve ser o entendimento e a abordagem dos problemas da saúde por parte das instituições e dos profissionais, a segunda procura ter um caráter de real disciplina científica. Esta última voltada para constructo de conhecimentos sobre os problemas de saúde-doença, com enfoque maior sobre às dimensões da psicologia e de suas interfaces, também para deixar o resultado de seus estudos à disposição dos agentes clínico-

assistenciais, tendo em vista os indivíduos e as comunidades necessitadas de atenção emocional simultânea à atenção convencional (médica) à saúde.

2. 2. Fronteiras e intersecções com a ciências médicas e a psiquiatria clínica

Embora a preocupação com a abordagem dos problemas emocionais e de comportamento do Homem venha de épocas remotas da História, podemos considerar que a chamada psiquiatria médico-científica, enquanto um modo médico de diagnosticar e propor tratamentos, é relativamente recente, questão de cem anos. Embora existisse influente vertente teórica, que deu um enquadre à psiquiatria enquanto disciplina da Medicina Interna, sua práxis em décadas seguintes não veio a seguir a mesma rigidez paradigmática do conhecimento médico convencional, pautado nos estudos da etiofisiopatologia e da epidemiologia clássica. Pelo contrário, a psiquiatria, enquanto instituição, absorvia também os conhecimentos gerados nas ciências psicológicas e nas ciências sociais, em destaque aqueles construídos sob os paradigmas da abordagem compreensiva das ciências humanas. Desta forma, o campo teórico da psiquiatria, bem como sua discussão prático-clínica, deram voz de modo intenso à chamada concepção biopsicossocial da saúde-doença do homem, fazendo assim uma interlocução salutar e construtiva com toda a medicina convencional.

No transcorrer do tempo, o conhecimento psicanalítico, surgido contemporaneamente às publicações kraepelinianas, veio a ser aplicado com mais força a partir dos meados do Século XX à psiquiatria, ampliando-a enquanto área clínica, ainda que psicanalistas ortodoxos considerassem que esta integração não se dava com o saber psicanalítico epistemologicamente definido, mas sim com uma psicologização da psicanálise. Por outro lado, tivemos as ciências sociais aplicadas à psiquiatria, havendo a aparição de trabalhos sociológicos construídos sobre fenômenos habituais do campo da psiquiatria, lembrando, por exemplo, a antiga simultaneidade entre os estudos e as publicações de Durkheim sobre o suicídio e a obra nosográfica de Kraepelin.

Por fim, os limites entre a psiquiatria e a psicologia da saúde, esta om seus estudos clínico-qualitativos, acontecem à medida que a primeira tem se ocupado precipuamente em explicar e cuidar das doenças mentais como especialidade clínica, lançando mão sobretudo do modelo epistemológico médico, enquanto a psicologia da saúde é uma disciplina científica, ocupando-se, dentre outros alvos, de compreender os sentidos e significações dos fenômenos que ocorrem neste campo e, por acréscimo, vir a ajudar as pessoas (pacientes, profissionais da saúde, comunidade) a também compreendê-los.

2. 3. Fronteiras e intersecções com a psicologia clínica

Antes de fazermos propriamente uma apresentação da área da psicologia clínica, partamos de considerações sobre o vasto campo da psicologia em geral. Possuindo mais de um século de vida, a chamada psicologia científica é entendida como o estudo, dentro da concepção galileana de ciência, utilizando métodos da observação e da experiência, que procura conhecer as leis das reações dos organismos frente às condições ambientais. É importante chamar à

atenção que tais estudos sobre fenômenos humanos materializam-se em consonância com a concepção prevalente de uma época em que o empirismo e o determinismo comandavam a ciência. Assim tivemos o nascimento da psicologia positivista ou das mensurações, que não tardou a ser confrontada pela psicologia de inspiração compreensiva ou das ações do inconsciente, como abordarei ao comentar a história inicial dos métodos científicos quantitativos e qualitativos.

O domínio então proposto pela psicologia, não surpreendentemente, gerou rapidamente múltiplas pesquisas, devido às incontáveis diferenças que distinguem os indivíduos humanos, citando identidade sexual, faixa etária e inserção social e cultural, apenas para começar a lembrança. A enorme diversidade de problemas propostos para investigação levou de imediato a uma diversidade de métodos científicos. Tal fenômeno conduz-nos a perguntar se não poderia haver o desaparecimento da unidade da psicologia ao reconhecermos que o estudo dos problemas do Homem seria de uma síntese dos conhecimentos que vêm da colaboração de todas as ciências humanas.

Por sua vez, vem a nascer posteriormente a psicologia clínica, servindo de reação contra a psicologia experimental, de conhecimentos gerados em gabinetes (ambientes fechados, como os laboratórios), à medida que tais experiências falavam artificialmente sobre o Homem e de modo muito fragmentário, desprezando a emaranhadíssima dinâmica dos fenômenos das emoções e dos comportamentos dos indivíduos.

2. 4. Fronteiras e intersecções com a psicanálise

A psicanálise, criada pelo médico austríaco Sigmund Freud, ainda ocupando posição relevante na cultura contemporânea, tem teorias nascidas da investigação do psiquismo humano, embora com a preocupação inicial de ser uma técnica clínica de abordar o problema das neuroses, extrapolaram seu domínio para ser um conjunto de pressupostos a nos ajudar a compreender a complexa realidade dos indivíduos e da sociedade. Quando falamos em psicanálise, lembramos as noções iniciais: procedimento para a investigação de processos mentais que são quase inacessíveis por outros modos; método para o tratamento de distúrbios neuróticos; e uma coleção de informações psicológicas que se acumula numa nova disciplina científica.

Desde seu início, a psicanálise firmou-se como método de fins psicoterapêuticos, sobretudo por ter proporcionado resultados melhores a certos pacientes do que outros tipos de tratamento, principalmente no campo das neuroses. A psicanálise passa então a ser um movimento institucional, em que a pessoa que atua como psicanalista envereda por uma formação específica e o paciente dedica longo tempo e custos para seu tratamento.

A psicanálise comporta um ponto de vista de dinâmica, entendendo todos os processos mentais numa ação mútua de forças, ajudando ou inibindo umas às outras, combinando-se e conciliando-se, sendo essas forças de natureza dos instintos, ou seja, de origem orgânica.

Sobre a sempre discutida cientificidade da psicanálise, muitos autores têm se debruçado sobre a questão, ora recusando ao modelo freudiano um estatuto de ciência, ora conferindo-lhe este *status* por entenderem que a psicanálise instaurou sua autodeterminação epistemológica, isto é, criou métodos de investigação e delimitou um objeto inédito de estudo (o inconsciente).

3. .Avanços da pesquisa qualitativa em ambientes de assistência clínica

3.1. Conceito e descrição do Método Clínico-Qualitativo (MCQ)

O MCQ vem sendo utilizado crescentemente nas últimas duas décadas nas pesquisas universitárias brasileiras com importante papel nas investigações humanísticas no campo assistencial da Saúde, dentro da área/disciplina da Psicologia Médica e da Saúde. Fortalece-se assim em paralelo ao campo de pesquisas da Saúde Coletiva que, diferentemente, sustenta-se em escolas sociológicas e antropológicas. O MCQ constitui-se em recorte conceitual da pesquisa genérica vinda das Humanidades, empregado em *settings* onde se diagnostica (nosologicamente) e se cuida (prescritivamente). Almeja explorar e interpretar significados emocionais/psicológicos os quais indivíduos (pacientes, familiares, equipe) atribuem a fenômenos vivenciados/observados no processo do adoecimento e dos cuidados terapêuticos e preventivos.

Trabalha sob o *paradigma fenomenológico* (isto é, não-positivista), enquanto base filosófica, valorizando: (1) a escuta e observação clínicas; (2) as emoções/sentimentos conscientes/não-conscientes na inter-relação humana; e (3) a acolhida das angústias existenciais. Portanto, os três pilares do MCQ são as seguintes atitudes particularizadas (entendendo aqui *atitude* como a disposição natural em direção a atividades particulares). Constituem bases históricas escolhidas, sem que, no entanto, essa pesquisa deva ser confundida, respectivamente com: (1) as pesquisas/ensaios clínicos e/ou terapêuticos; (2) as pesquisas psicanalíticas propriamente ditas; e (3) as pesquisas fenomenológicas em si.

a) Atitude Clínica (hipocrática): inclinação da escuta/olhar para o sofrimento físico-mental do indivíduo sob estudo, movida pelo hábito/atividade da ajuda terapêutica a quem sofre.

b) Atitude Psicodinâmica (freudiana): consideração da interação afetiva entrevistador-entrevistado presente, latente, na coleta de dados, e das teorias psicodinâmicas para interpretações no estudo.

c) Atitude Existencialista (kierkegaardiana): valorização das angústias e ansiedades humanas, presentes na pesquisa, como uma inquietação vital, normal, dos envolvidos e funcionando como força-motora dos pesquisadores na busca do conhecimento e respostas humanas.

3.2. Técnicas da entrevista semidirigida e do diário de campo

O caminho investigativo adotado nestas pesquisas é o *Método Clínico-Qualitativo* (MQC), lançando mão, como instrumentos para proceder a coleta de dados:

1) *Entrevista Semidirigida de Questões Abertas em Profundidade* – ferramenta central, pela qual o pesquisador considerará elementos contextuais de produção não dirigida das falas dos sujeitos/participantes, quais sejam, uma leitura do não-verbal, associação livre de ideias, discurso exemplificado e detalhado - todos como forma de explorar e clarificar assuntos;
2) *Diário de Campo* - ferramenta complementar da pesquisa clínico-qualitativa, com alvo de registrar dados/informações que contextualizaram o transcurso da entrevista: observação do entrevistador quanto à apresentação do informante, seu comportamento global; auto-observação do entrevistador com suas reações/manifestações do tipo contratransferencial.
3) *Prontuário e Informações da equipe* – ferramenta suplementar da técnica, registrando dados clínicos objetivos e tempo, exames/ tratamentos/ orientações recebidas, prognóstico /evolução esperados e presença de outros eventuais problemas de saúde. Tais dados são informativos para melhor conhecimento das condições do participante enquanto paciente, porém evidentemente não constituem material para interpretação em pesquisas qualitativas.

Das estratégias de familiarização ao campo de pesquisa, o investigador tem um período inicial para *ambientar-se*, sito é, conhecer a lógica/logística do funcionamento cotidiano (equipe, salas, horários, rotina, procedimentos). Simultânea e principalmente, o pesquisador deve *aculturar-se*, isto é, por cerca de alguns meses acompanha profissionais do serviço em suas consultas para observação e assimilação da linguagem e valores das pessoas que compõe o setting. Poderá ter conversa livre, em particular com potenciais entrevistados, sobretudo para apreender o modo de pensar dos sujeitos e a organização mental da fala sobre o assunto desta pesquisa.

3. Conceitos do quadro de referencial teórico de suporte

O *theoretical framework* contém conceitos trazidos do corpo de conhecimentos de algumas áreas das ciências humanas, para emprego na pesquisa clínico-qualitativa. Naturalmente há adaptações desses conceitos – considerando os originais nas respectivas áreas humanistas - para uma necessária funcionalidade na abordagem compreensiva do jogo de relações interpessoais próprias do *paradigma da clínica da saúde assistencial*, onde reside o objeto da pesquisa clínico-qualitativa.

Igualmente, na tarefa da discussão dos dados, os trechos de falas contendo *metáforas* e *analogias* são ricas, enquanto 'desveladoras' de verdades não suportáveis de serem pensadas e ditas. Não menos importantes, usamos a teorização das fases psicológicas frente aos fenômenos que compõem qualquer experiência do adoecimento (perdas emocionais pela não-saúde).

Como contribuições balintianas, usamos conceitos como: reações emocionais adversas

dos profissionais frente às *histórias desorganizadas* oferecidas pelos pacientes; *conluio no anonimato* entre profissionais de diferentes áreas que tomam decisões sem nenhum assuma responsabilidade; atitude psicoterapêutica na interação com o paciente; diagnósticos em níveis: o parcial (da doença) versus o global (doente com personalidade); profissional tomado/simbolizado como medicamento.

Focando este quadro teórico de suporte à pesquisa clínico-qualitativa, tornam-se chave as diferentes concepções de *doença*, em particular em língua inglesa. Assim, há métodos científicos pertinentes para estudá-las. Há mais de quatro décadas, construía-se uma clássica compreensão definidora de três modos de falar sobre a não-saúde. Segue a sinopse.

a) Disease ≠ Health - Doença na dimensão biológica. É o processo patológico, desvios da norma biomédica. Estudada com métodos 'quanti' - experimentais ou populacionais. No objeto da doença, observamos manifestações, medimos, correlacionamos, levando ao diagnóstico médico-científico.
b) Illness ≠ Welness - Doença na dimensão psicológica. É o sentimento pessoal, íntimo, e a própria experiência de uma 'saúde ruim', como percebida e relatada pelo indivíduo. Estudada com métodos 'quali' na busca dos significados psicológicos atribuídos.
c) Sickness ≠ Wholeness - É a dimensão sociológica. É a experiência organizada sociologicamente, consistindo de uma manifestação sociocultural da 'não-saúde'. Estudada com métodos 'quali' na busca dos significados sociológicos atribuídos.

No fundo, o debate clínico-qualitativo consiste do tenso e produtivo confronto *disease* versus *illness*. Esse é o cerne do debate de Balint e da escola britânica da Psicologia Médica. O médico, o enfermeiro, o dentista e toda a equipe assistencial enxergam a doença cientificamente (a *disease*), porque esses praticantes foram introduzidos no discurso escolar, acadêmico. Por outro lado, pacientes e familiares/cuidadores – isto é, aqueles que chamamos de 'leigos'' - descrevem e teorizam a doença subjetivamente (a *illness*). Comunicam-na na linguagem vernacular, a partir de sintomas percebidos em si ou em seus semelhantes, de observações em sua relação empírica com os fenômenos da não-saúde e de fantasias "soltas" associadas a essas experiências.

Configura-se, desta forma, uma relação aparentemente desorganizada, mas interessante, diante da doença 'cientificizada'. O método clínico-qualitativo cuida então de ouvir e interpretar o discurso sobre a *illness* do paciente. De posse intelectual de como ele organiza sua consciência em torno de sua *illness*, o profissional de saúde usará esses estudos e, assim, deterá conhecimentos para aproximar linguagens. Tenderá ainda a obter interação pessoal mais harmônica e obterá ganhos quanto à aderência a tratamentos e a prevenções por parte do doente e de seus familiares.

Enfim, a essência do MCQ é estudar a *illness* para explicá-la a quem estuda a *disease*.

Referência:

O texto acima foi extraído e atualizado de Egberto Ribeiro Turato, Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. 6ª ed, Petrópolis: Vozes. 2013, 688 páginas, Contém bibliografia (Capítulo 2 - Apropriando-se de conhecimentos ecléticos para pesquisas sobre problemas da saúde num novo contexto histórico). ISBN da sexta edição: 978-85-326-2751-3.