

Ed. 2 | Novembro de 2022

# AVALIAÇÃO QUALI EM SAÚDE

Possibilidades e aprendizados  
utilizando abordagens qualitativas  
e métodos mistos

Erika Lopes  
Kassia Bobadilla



## RESUMO

A adoção de métodos mistos e abordagens qualitativas vêm ganhando espaço em diversos campos de conhecimento, sobretudo na área da saúde. Ainda assim persistem desafios de ordem epistemológica e metodológica que acabam fazendo com que pesquisas e avaliações em saúde não explorem as potencialidades dos métodos qualitativos de coleta e análise de dados. Com base no que pesquisadores de referência na área têm debatido e proposto no emprego de tais métodos, somada à experiência prática e aprendizados oriundos de duas avaliações em curso que mesclam métodos quali e quanti, compartilhamos práticas e possibilidade para ampliar o repertório de profissionais e pesquisadores que desejam adentrar ou aprimorar suas técnicas. Nessa linha, buscamos trazer uma perspectiva mais compreensiva e dialógica do papel da avaliação e pesquisa em saúde, na relação com os contextos e realidades nos quais os indivíduos estão inseridos.

**Palavras-chave:** avaliação qualitativa, avaliação em saúde, métodos mistos, pesquisa qualitativa em saúde.

## **SOBRE OS AUTORES:**

**Erika de Souza Lopes:** Especialista em Monitoramento e Avaliação na Umame, Economista (PUC-SP), Mestre em Desenvolvimento Econômico (Unicamp) e Doutora em Educação (USP).

**Kassia Bobadilla:** Sócia-consultora da Lab & Tal, Gestora de Política Públicas (USP), Especialista em Psicossociologia da Juventude (FESPSP) e Mestre em Ciências Sociais (Unifesp).

# 1. INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas a adoção de sistemáticas de avaliação e monitoramento ao longo da implementação de políticas públicas e projetos sociais, como forma de mensurar a eficácia, efetividade e eficiência de tais iniciativas, tem sido cada vez mais frequente. Na área da saúde, e fruto da natureza de pesquisas nesse campo, os desenhos experimentais recebem maior atenção e foco de pesquisadores e avaliadores, muito voltados a mensurar o impacto das intervenções entre seus beneficiários e, principalmente, usuários de serviços de saúde e/ou pacientes.

A adoção de métodos mistos ou abordagens qualitativas no desenvolvimento de pesquisas e avaliações em saúde, por mais que venha crescendo nos últimos anos, ainda tem ocorrido de forma lenta e ocupa um espaço marginal na produção científica da área (Minayo, 2013). Muitas vezes, entrevistas e grupos focais – alguns dos métodos qualitativos mais adotados entre essas – cumprem um papel de “complementar” a coleta de dados quantitativos ou são apresentados enquanto meros relatos esparsos ou histórias curiosas sobre os beneficiários.

No contexto nacional, diversos pesquisadores vêm defendendo tanto a transcendência de estudos avaliativos e pesquisas com contornos mais clássicos – limitando-se a mensurar quantitativamente dimensões como cobertura de atendimento e efeito antes-depois entre o público-alvo, como também reiteram o rigor e

importância de abordagem metodológica qualitativa. A socióloga Maria Cecília de Souza Minayo é uma das pioneiras nesses estudos.

Desde a década de 1990, Minayo enfatiza que o campo de saúde deve ser estudado em sua relação com a realidade econômica, política e social mais ampla da qual fazem parte. A autora vem apontando enquanto importante e urgente introduzir a abordagem qualitativa na área médica e de saúde (Minayo, 1992). Junto de pesquisadores como Stella Taquette, Romeu Gomes, Egberto Turato, entre outros, esses vêm então debatendo a epistemologia, as teorias, métodos e a variedade de abordagens e técnicas de pesquisa qualitativa que podem ser adotadas no campo da saúde. Não apenas reivindicando seu emprego, mas sinalizando caminhos e reiterando o rigor que os pesquisadores devem deter na aplicação dos métodos.

É notável um avanço nesse sentido, como apontam Taquette e Minayo (2016), grandes periódicos internacionais da área como *Lancet*, *Nature*, *British Journal* passaram a acolher estudos qualitativos sobre situações de saúde, agravos, cuidados paliativos, a morte, o morrer e o luto, o que constitui um avanço da visão científica sobre os fenômenos humanos e sociais. Ao mesmo tempo, as autoras veem esse incremento como lento, decorrente do baixo incentivo e interesse por parte de agências de fomento e pela comunidade acadêmica para que pesquisas de natureza qualitativa em saúde sejam ampliadas (Taquette e Minayo, 2016).

Gomes (2014) aponta enquanto desafios para desenvolver essa abordagem na área de saúde algumas questões inerentes à própria formação dos profissionais da área. Isso envolve desde a dificuldade de apropriação de métodos qualitativos por parte de profissionais que não tiveram uma base de formação em ciências humanas, como a resistência de alguns grupos em aceitar que é possível realizar ciência com base em paradigmas diferenciados do modelo positivista clássico. Longe de ser algo exclusivo do campo da saúde, Gomes (2014,

p.8) também assinala como desafio “promover a convivência com a diferença entre as lógicas da dimensão qualitativa e quantitativa, sem que nenhuma perca o seu rigor de método”.

É importante enfatizar que o fato de se buscar um caminho que visa acessar a ótica e a lógica dos atores sociais em seus espaços, considerando-os seres e lócus de conhecimento no campo de saúde também, não significa ausência de cientificidade ou formalidade que assegure um rigor de método. Muitas vezes, isso tende a gerar um incômodo e desconforto em comunidades acadêmicas mais tradicionais e estabelecidas do campo da saúde, que ainda não conseguem compreender como a vida cotidiana, os saberes tradicionais e populares e o mundo simbólico configuram-se enquanto campo de produção e conhecimento científico para a área da saúde.

Essa abordagem visa considerar as expectativas e o universo simbólico dos atores envolvidos, em especial, os usuários a que se destinam as intervenções de saúde. O papel que uma unidade básica de saúde e seus profissionais têm para a comunidade de um bairro, a forma com que indivíduos lidam com doenças crônicas e seu acompanhamento ou até se exames preventivos fazem parte dos cuidados em saúde de determinado grupo social. São muitas as possibilidades a se explorar, e como defende Gomes (2014), a pesquisa qualitativa numa perspectiva socioantropológica pode ser uma ferramenta importante para que a saúde coletiva possa melhor abordar os diferentes grupos que compõem uma sociedade e a clínica médica possa ampliar o seu olhar acerca do seu objeto de investigação.

Nessa perspectiva, este texto trata de desmitificar visões sobre métodos qualitativos e suscitar possibilidade do uso deles em avaliações do campo da saúde. Nas duas primeiras seções, explicamos o que orienta a abordagem qualitativa no campo da pesquisa e avaliação, além de apresentar suas principais técnicas e ferramentas. Ao longo dessas aproveitamos para trazer exemplo de

publicações em periódicos de saúde que exploraram métodos mistos ou qualitativos enquanto estratégia de pesquisa e avaliação, além de boas práticas identificadas entre tais investigações. Para isso, consultamos a base de dados do Scielo, identificando produções científicas conduzidas por pesquisadores do campo da saúde, no período de 2005 a 2022. A lista desses estudos segue enquanto referências ao presente texto.

Na sequência, apresentamos os percursos e aprendizados de duas avaliações de projetos piloto de prevenção em saúde, apoiados pela Associação Umane e outros parceiros, e que estão em curso desde 2020. Desenvolvidos em espaços escolares, esses projetos possuem o componente qualitativo como parte estruturante da avaliação e do desenho dessas intervenções, o que vem trazendo diversos insumos e conteúdos para seu aprimoramento e expansão.

Espera-se que essa discussão e seus exemplos possam fomentar a transdisciplinaridade no campo da pesquisa e avaliação, além da intersectorialidade na atuação de profissionais que atuam direta e indiretamente no campo da saúde, especialmente na atenção primária. Sabendo que a articulação de saberes é crucial para uma avaliação sistêmica, mas também para o desenvolvimento da saúde individual e coletiva.



## 2. DESMITIFICANDO ABORDAGENS E MÉTODOS QUALITATIVOS

Conhecer os hábitos, visões, percepções e práticas dos indivíduos em relação aos seus hábitos de promoção e prevenção em saúde demanda muito mais do que aplicar um instrumento padronizado ou observar a redução ou aumento das taxas e indicadores de saúde. Isso envolve interação. E por sua vez, interagir com as pessoas nos contextos em que estão inseridas implica, observar, juntar-se a elas, conversar com as pessoas e ler o que elas escrevem ou registram, e como assim o fazem.

O antropólogo estadunidense Clifford Geertz (1926-2006), um dos mais importantes nomes da antropologia contemporânea e hermenêutica, defende como um dos principais objetivos do pesquisador de campo, e daqueles que se dedicam à etnografia, descobrir o que os “nativos” acham que estão fazendo. Ou seja, interpretar e compreender questões simbólicas que orientam os comportamentos, hábitos e práticas dos indivíduos de determinado grupo (Geertz, 1997).

Em consulta rápida ao Google Acadêmico sobre os termos “Geertz”, “saúde”, “qualitativo/a” três publicações da área da saúde retornam na busca. Entre elas estão: *“Noção de significado nas pesquisas qualitativas em saúde: a contribuição*

*da antropologia*” e *“Manual de Pesquisa Qualitativa em Saúde*”, estas de autoria de pesquisadores já destacados, Egberto Turato e Romeu Gomes, respectivamente. Os autores assim recorrem a Geertz para explicar o papel ora a visão de cultura que explora os significados nativos, ora formas de emprego do método etnográfico e seu uso.

Já a terceira publicação, *“Teoria interpretativa de Geertz e a gerência do cuidado: visualizando a prática social do enfermeiro*”, de autoria de Prochnow, Leite e Erdmann (2005), pesquisadoras do campo da enfermagem, destaca-se por explorar uma abordagem qualitativa a partir do método da observação-participante. Diante do exercício reflexivo e da vivência das pesquisadoras no ambiente hospitalar, essas tratam de como as relações hierárquicas entre médicos e enfermeiros, as demandas administrativas e outras variáveis do contexto social e organizacional afetam o papel e atuação do profissional de enfermagem. Um estudo que se propõe a abrir questões para debate no campo da Enfermagem, mais do que trazer respostas. As autoras ressaltam a importância da noção de “cultura” de Geertz, como um recurso inovador para ampliar a visão da integridade humana, valorizando as divergências, o respeito e o compartilhamento, importantes para o enfermeiro na construção de sua prática social (Prochnow, Leite e Erdmann, 2005).

Uma das mais reconhecidas obras de Geertz, *“Interpretação das culturas*”, traz o conceito que o autor – e aqueles adeptos de uma ciência mais compreensivista, do que positivista – defendem:

**“Acreditando, como Marx Weber, que o homem é um animal amarrado a teias de significados que ele mesmo teceu, assumo a cultura como sendo essas teias e a sua análise; portanto, não como uma ciência experimental em busca de leis, mas como uma ciência interpretativa, à procura do significado. É justamente uma explicação que eu procuro, ao construir expressões sociais, enigmáticas na sua superfície” (Geertz, 2008, p.4)**

Essa abordagem acaba implodindo uma forma de “autoridade” científica que se vale de certa superioridade e da relação assimétrica entre pesquisador – pesquisados. Sobre autoridade, conceitua Gadamer (1997):

**“Na verdade, a autoridade é, em primeiro lugar, um atributo de pessoas. Mas a autoridade das pessoas não tem seu fundamento último num ato de submissão e de abdicação da razão, mas num ato de reconhecimento e de conhecimento: reconhece-se que o outro está acima de nós em juízo e perspectiva e que, por consequência, seu juízo precede, ou seja, tem primazia em relação ao nosso próprio [...] Na realidade, autoridade não tem nada a ver com obediência, mas com o conhecimento.” (Gadamer, p. 419-420 apud Gomes, 2014).**

Se antes o pesquisador era visto como o grande detentor de conhecimento e, sua voz, a única presente nos textos (Clifford, 2002), isso provocou aqueles que realizavam incursões de campo a transmitir um caráter mais dialógico e polifônico em suas publicações científicas. E trabalhos como os de Clifford e Geertz representam marcos de mudança no fazer antropológico, bem como no processo de coleta, análise e escrita.

O convite aos pesquisadores é para que saiam de trás de suas bancadas e cátedras não apenas fisicamente, mas também epistemologicamente. Não obstante, esta concepção e visão de autoridade ainda está presente nas diversas áreas de conhecimento, e falar sobre ela no campo de saúde envolve falar sobre o status que algumas abordagens de pesquisa e avaliação recebem entre os pares da Academia.

Taquette e Minayo (2015) apontam como barreira a recorrente dificuldade para publicar artigos científicos de saúde que usem abordagem qualitativa. São poucos os periódicos da área de medicina, por exemplo, que aceitam publicar pesquisas de cunho qualitativo. Ainda que alguns estudos enviados careçam de aprofundamento descritti-

vo ou analítico, como em qualquer área, muitos acabam recebendo críticas acirradas pela falta de aprofundamento teórico; seja por uma necessidade real de embasar e contextualizar melhor a escolha do método, como por desconhecimento dos pareceristas sobre a abordagem qualitativa e suas referências. (Taquette e Minayo, 2015, p. 2424)

A discussão sobre a possibilidade ou não de se generalizar os dados gerados por pesquisas e avaliações qualitativas também provoca bastante polêmica entre estudiosos. Primeiramente, deve-se considerar que os estudos qualitativos se prestam mais para particularizar e aprofundar certa realidade investigada do que para generalizar os seus achados. Ainda assim, Gomes (2014) aponta que alguns aspectos seriam passíveis de generalização:

1

as características conceituais do processo estudado podem ser generalizadas para outras pesquisas;

2

a identificação de expressões na linguagem dos atores sociais como tipificações permite supor que tais expressões representem a experiência coletiva do grupo em relação aos temas de interesse, o que possibilita certa generalização;

3

os casos que surgem como expressão de contrastes do geral em um grupo determinado podem nos ajudar, entre outras situações, a circunscrever as possibilidades latentes do universo estudado.”

(Gomes, 2014, p. 9-10)

Em referência a uma emblemática obra na área de estudos qualitativos em saúde, de Pope e Mays (1995)<sup>1</sup>, Turato (2000, p.105) defende que a força dos estudos qualitativos reside em sua **validade**, isto é, no alcance para o qual a medição reflete autenticamente o fenômeno sob exame, em contraste com a força dos estudos quantitativos que se encontra na **fidedignidade** (confiabilidade e reprodutibilidade), ou seja, no alcance para o qual a medição produz a mesma resposta a cada vez que é usada.

.....  
<sup>1</sup> Pope C, Mays N. Qualitative research: reaching the parts other methods cannot reach: an introduction to qualitative methods in health and health services research. *BMJ* 1995; 311(6996): 42-45

Uma vez que o singular, do ponto de vista da pesquisa qualitativa, pode ser o caminho para a compreensão do coletivo, este faz-se tão importante de ser considerado em avaliações no campo de políticas públicas em saúde. Conhecer profundamente um fenômeno, mas também seu alcance e sua extensão é algo possível, por meio da adoção de uma abordagem mais pluralista, como a de métodos mistos. Esta comumente também é chamada sob os termos “multi métodos”, “métodos múltiplos”, “métodos mistos”, na maioria das vezes com o mesmo significado de combinar diferentes métodos para estudo de determinado problema. Conforme definem Creswell e Clark:

**“É um desenho de pesquisa com pressupostos filosóficos, bem como métodos de investigação. Como metodologia, envolve pressupostos filosóficos que orientam a direção da coleta e análise de dados e da mistura de abordagens qualitativas e quantitativas em diversas fases do processo de investigação. Como método, concentra-se em coletar, analisar e combinar os dados quantitativos e qualitativos em um único estudo ou em uma série de estudos. Sua premissa central é que o uso de abordagens quantitativas e qualitativas combinadas proporciona uma melhor compreensão dos problemas de pesquisa do que qualquer abordagem sozinha”. (Creswell e Clark, 2007, p. 5, trad. nossa)**

A primeira e mais difundida acepção de uma abordagem de métodos mistos é a da **triangulação**, entendida como o emprego de diferentes métodos para verificar, validar ou confirmar um ao outro. A ideia é permitir a compreensão de um fenômeno social a partir de diferentes pontos de vista.

Segundo Minayo (2010), no processo de avaliação aplicada a programas e projeto, a noção de triangulação torna-se ainda mais abrangente e complexa, abarcando diferentes variáveis, dentre elas, a necessidade de se ter

presente avaliadores externos, além dos internos, e que, preferencialmente, sejam de formações distintas, possibilitando “combinação e cruzamento de múltiplos pontos de vista” (Minayo, 2010, p. 29); a realização de pesquisas quantitativas e qualitativas; a análise do “contexto, da história, das relações, das representações [...], visão de vários informantes e o emprego de uma variedade de técnicas de coleta de dados que acompanha o trabalho de investigação” (Minayo, 2010, p. 28- 29).

A triangulação no campo da avaliação busca, portanto, a corroboração. E em síntese, envolve a combinação e o cruzamento de múltiplos (1) pontos de vista por meio do trabalho de vários pesquisadores, (2) informantes e (3) métodos de coleta de dados. Na triangulação as limitações do uso de um método único são superadas e é dada igual relevância para os métodos quantitativos e qualitativos, que são entendidos como complementares, nenhum deles sendo considerado superior ou preliminar.

Outro ponto a ser destacado é a diversidade de métodos qualitativos, que nem sempre é conhecida e amplamente utilizada pelos pesquisadores da área da saúde. A estrutura do roteiro de uma entrevista e seu enfoque; a natureza dos dados visuais utilizados e até as estratégias de análise e categorização dessa diversidade de dados e fontes demarcam diversas possibilidades metodológicas para quem está à frente de uma investigação qualitativa. Por mais que não tenhamos o intuito de nos aprofundar nessa gama de métodos e adentrar orientações sobre sua aplicação, é importante destacá-los.

Elaboramos o quadro<sup>2</sup> a seguir, a partir de Flick (2009) e Pope e Mays (2009), que sintetiza os principais métodos de coleta e análise qualitativa:

.....  
<sup>2</sup> É importante ressaltar que este quadro não se configura como uma listagem exaustiva e consensuada de abordagens qualitativas. Há que se considerar, sobretudo, que diferentes autores e correntes teóricas podem adotar terminologias e categorizações distintas das utilizadas nesta estratégia de síntese.

## Métodos qualitativos

### PARA COLETA DE DADOS

<b>Métodos conversacionais</b>	<b>Focalizado</b> - entrevista padronizada, entrevista estruturada, entrevista semi-padronizada ou semiestruturada, entrevista com especialistas, etc.
	<b>Narrativo</b> - entrevista em profundidade (narrativa ou episódica), discussão em grupo
	<b>Grupal</b> - grupos focais e narrativas conjuntas
<b>Métodos observacionais</b>	observação não-participante, observação participante e etnografia
<b>Métodos visuais e audiovisuais</b>	uso de fotos, análise de filmes, análise de vídeos
<b>Dados mediados</b>	uso de documentos, pesquisa qualitativa online

### PARA A INTERPRETAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

<b>Análise por codificação e categorização</b>	análise de conteúdo, análise global, codificação teórica e teoria fundamentada nos dados <sup>3</sup> (aberta, axial e seletiva), codificação temática, abordagem da estrutura
<b>Análise sequencial</b>	análise de conversação, análise de discurso, análise narrativa e hermenêutica objetiva, análise de gênero
<b>Análise computacional</b>	softwares que permitem a codificação aberta do material (CAQDAS <sup>4</sup> ) - Ex: Atlas Ti, NVivo, MaxQDA, etc

**Fonte:** Elaboração própria a partir de FLICK (2009) e POPE & MAYS (2009).

Na expectativa de termos trazido argumentos e justificativas que mostram a importância de uma abordagem mais compreensiva e plural no campo da saúde, por meio da adoção de métodos qualitativos e mistos, passemos às possibilidades de uso das ferramentas e técnicas disponíveis.

<sup>3</sup> Tradução utilizada para “grounded theory”

<sup>4</sup> Abreviação de “computer-assisted qualitative data analysis software”.

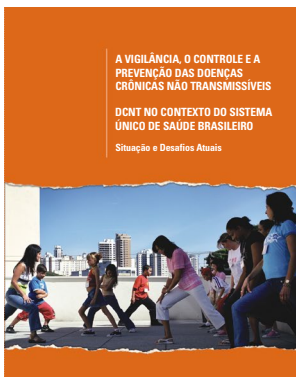




### 3. CAMINHOS E BOAS PRÁTICAS NA ADOÇÃO DE MÉTODOS QUALITATIVOS EM PESQUISAS E AVALIAÇÕES EM SAÚDE

Num esforço de traçar um diagnóstico das doenças crônicas não-transmissíveis (DCNTs) e indicar encaminhamentos que o Sistema Único de Saúde (SUS) estaria colocando em prática, no documento “*A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não-transmissíveis: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro*”, elaborado em parceria entre o Ministério da Saúde e a Organização Pan-Americana da Saúde, as abordagens qualitativas figuram entre as estratégias de pesquisa e avaliação relevantes.

A publicação inédita de 2005, assim descreve ações e iniciativas importantes para um investimento crescente na vigilância, prevenção e controle de DCNTs no país. No que envolve respectivamente 1) o monitoramento de fatores de proteção (FP) e de risco (FR), e 2) suporte para avaliação e pesquisa, metodologias qualitativas são mencionadas nas seguintes linhas:



**A VIGILÂNCIA, O CONTROLE E A PREVENÇÃO DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS**  
**DCNT NO CONTEXTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE BRASILEIRO**  
 Situação e Desafios Atuais

A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no contexto do Sistema Único de Saúde Brasileiro

**Integração do Sistema de Vigilância de Doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e suas principais fontes produtoras de risco**

**Monitoramento das fontes produtoras (FP) e de risco (FR)**

Caso Prático (2005/2006)	Método Prático (2005/2006)	Problemas Esperados
1. Participar junto à RPPSA da concepção da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) incluindo pesquisas de fontes produtoras e de risco, incluindo medidas epidemiológicas e comportamentais. 2. Iniciar estudos de viabilidade para implementar sistemas de vigilância de fontes produtoras e de risco por um período. Analisar experiências existentes como NAPRED, SIBRELS, SIBRELS e outras. 3. Apoiar atividades e pesquisas locais para monitoramento de fontes produtoras de risco. 4. Fazer testes de funcionamento para desenvolvimento de pesquisas locais, segundo especificações regionais, privilegiando estados e municípios com maior alta cobertura de fontes produtoras. 5. Utilizar recursos já existentes de São Francisco de Assis para teste para a viabilidade das pesquisas locais, permitindo comparação entre municípios de risco. 6. Definir a estratégia de implementação de sua intervenção.	Realizar em 2007/2008 um estudo piloto para FP e FR em municípios de risco nacional. Implementar a estratégia de vigilância produtora e de risco 3 anos. A-3 Definir um protocolo para monitoramento de fontes produtoras de risco que contemplará fontes produtoras, estratégias adotadas, fontes, métodos. B-3 Comprometimento dos SES e SMS de assistência e análise de viabilidade para o desenvolvimento de parcerias locais (indicadores e instrumentos epidemiológicos).	Participar de ST de RPPSA que irá propor a Pesquisa Nacional de Saúde, incluindo fontes produtoras e de risco em questionários, medidas epidemiológicas e estratégias comportamentais. Disponibilizar formatos de menor custo para o monitoramento de fontes produtoras e de risco. Comprometimento dos SES e SMS de assistência e análise de viabilidade para o desenvolvimento de parcerias locais (indicadores e instrumentos epidemiológicos).
<b>1. Apoiar o desenvolvimento de novas metodologias para coleta e análise dos dados, incorporando referências da pesquisa qualitativa.</b>		<b>- Metodologias de pesquisa qualitativa desenvolvidas, incluindo o monitoramento dos fatores psicossociais.</b>

Tandara, Espinal, em Estados e Municípios. profissional e associação de equipamentos e recursos disponíveis.

6. Apoiar o desenvolvimento de novas metodologias para coleta e análise dos dados, incorporando referências da pesquisa qualitativa.

**- Metodologias de pesquisa qualitativa desenvolvidas, incluindo o monitoramento dos fatores psicossociais.**

A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no contexto do Sistema Único de Saúde Brasileiro

**Avaliação e apoio à Pesquisa**

Caso Prático (2005/2006)	Método Prático (2005/2006)	Problemas Esperados
1. Construção de pesquisa de Observatório de Políticas de Prevenção e Controle das DCNT em parceria com FPA e Ministério de Saúde do Canadá. 2. Iniciar estudos de viabilidade de base populacional de risco de alto risco para o controle de fontes de risco. Realizar o Estudo de Risco de Saúde em São Francisco de Assis - Litorânea. 3. Desenvolvimento de "Banco de Realização das DCNT e do Risco CARDIM" em parceria com FPA e UFPA. 4. Produção e validação de Tabela Brasileira com Indicadores de Doenças Crônicas. 5. Validação de Base de Realização Participativa em Municípios e Comunidades Especiais (PCE).	Desenvolvimento de metodologia de avaliação de projetos. Desenvolvimento de metodologia de avaliação de projetos. Desenvolvimento de metodologia de avaliação de projetos. Desenvolvimento de metodologia de avaliação de projetos. Desenvolvimento de metodologia de avaliação de projetos. Desenvolvimento de metodologia de avaliação de projetos.	Construção de pesquisa sobre os determinantes do desenvolvimento das doenças crônicas e suas estratégias de prevenção em diversos países (Canadá e França). Construção de metodologia de pesquisa que diferencie fontes produtoras e de risco. Análise comparativa sobre a incidência de doenças crônicas em fontes produtoras. Desenvolvimento de metodologia de avaliação de risco de fontes produtoras. Desenvolvimento de metodologia de avaliação de risco de fontes produtoras. Desenvolvimento de metodologia de avaliação de risco de fontes produtoras. Desenvolvimento de metodologia de avaliação de risco de fontes produtoras.
<b>6. Definição da metodologia de avaliação do projeto Pratique Saúde e das estratégias de promoção em saúde em estados e municípios</b>		<b>- Metodologias de avaliação definidas contemplando abordagens quantitativas e qualitativas e integrando as intervenções no campo da vigilância, prevenção e promoção da saúde.</b>

Associação de Municípios em parceria com o Ministério de Saúde e o Ministério de Saúde do Canadá. desenvolvimento de avaliação e monitoramento de fontes produtoras e de risco.

6. Definição da metodologia de avaliação do projeto Pratique Saúde e das estratégias de promoção em saúde em estados e municípios

**- Metodologias de avaliação definidas contemplando abordagens quantitativas e qualitativas e integrando as intervenções no campo da vigilância, prevenção e promoção da saúde.**

Por definição da Organização Mundial da Saúde (OMS), os **fatores psicossociais** são os aspectos que definem a interação subjetiva entre o trabalhador e seu trabalho, os quais interferem na vivência de bem-estar no trabalho e também nos processos de descompensações na saúde, seja mental ou física. Nesse sentido, a abordagem qualitativa, por meio de observações de campo, entrevistas, rodas de conversa, etc, detêm um grande repertório de instrumentos e técnicas para auxiliar na identificação e monitoramento desses aspectos tidos como mais subjetivos, mas que afetam a saúde dos indivíduos de maneira latente.

No que envolve os possíveis “fazer” da abordagem qualitativa podemos sintetizá-los de forma simplória em: observar, conversar, escutar e registrar. O quê observar, como e com quem conversar, sobre e de quantas pessoas escutar e formas de registrar são decisões que envolvem o próprio desenho de uma avaliação ou pesquisa. Fatores como disponibilidade de tempo e cronograma, recursos financeiros e orçamento, recursos humanos (equipe) e facilidade ou proximidade com os interlocutores acabam incidindo neste escopo.

Primeiramente, como em qualquer avaliação, deve-se ter clareza do que se deseja analisar ou saber mais. O risco implícito na avaliação qualitativa é que como trabalhamos com dados oriundos de conversas, observações, textos, entre outros, podemos nos dispersar em meio a uma imensidão de informações que se mostram tão relevantes e interessantes quanto o foco da investigação.

Para isso, questões orientadoras gerais podem auxiliar a compreender qual o perfil dos interlocutores que deverão ser entrevistados, que requisitos e critérios podem orientar a seleção desses indivíduos e qual melhor formato de conversa utilizar com cada um (individual ou coletivamente). O vínculo institucional de profissionais de saúde, cargo e função que ocupam ou região de residência das famílias atendidas por determinado equipamento de saúde são exemplos de critérios que precisam ser identificados nessa seleção.

No estudo qualitativo “*A Saúde na Amazônia Legal Análise Qualitativa sobre Desafios e Boas Práticas*”, coordenado pelo Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (Rocha et al, 2022), essas decisões sobre perfil dos entrevistados foram cruciais no desenho da pesquisa. Com o objetivo de identificar as percepções de atores-chave sobre os principais desafios da saúde na Amazônia Legal, bem como sobre possíveis soluções e boas práticas, foram entrevistados 33 indivíduos. Esses foram mapeados e segmentados por categorias de perfil, vínculo institucional e de atuação territorial, e selecionados conforme descrito detalhadamente na seção de metodologia:

**“No que diz respeito aos critérios de identificação e seleção de entrevistados, elaboramos uma matriz de mapeamento de categorias de atores, considerando: i) atores envolvidos na saúde pública a partir de uma perspectiva macro (gestores públicos, especialistas, organizações não governamentais com atuação regional), e atores envolvidos na perspectiva local, ligados à implementação de políticas públicas no território (profissionais da linha de frente, usuários das políticas, representantes comunitários); ii) demais atores envolvidos na oferta ou demanda de serviços de saúde, bem como especialistas.**

A seleção das pessoas para entrevista se pautou por meio de amostra propositiva (Merriam e Tisdell 2016), cujos critérios envolveram tanto a seleção por (a) aspectos teóricos e dimensões de interesse, resultando nas 21 categorias de entrevistados descritas na Tabela A.1 do Anexo 2, bem como considerações sobre a heterogeneidade da região; quanto por (b) seleção por bola de neve, dado que determinadas pessoas e instituições já tinham manifestado disponibilidade para serem entrevistadas (e/ou já tinham contato com a coordenação do projeto Amazônia 2030) e correspondiam às categorias de interesse predefinidas no desenho da pesquisa qualitativa.” (Rocha et al, 2022, p.10)

Entre outros aspectos metodológicos de destaque na pesquisa conduzida, está a **codificação temática** dos dados qualitativos e o uso de **CAQDAS** na etapa de análise do material coletado.

“A análise das entrevistas foi realizada com o apoio do software NVivo por meio de um processo de codificação. A Tabela A.3 do Anexo 4 ilustra a estrutura de codificação utilizada no NVivo. Ao todo, foram 2.526 referências de texto codificadas. A organização dos temas para o relatório foi elaborada a partir da agregação destas referências de texto (códigos), tendo como referência os eixos analíticos mencionados. (...) As codificações das referências de texto realizadas no NVivo também nos possibilitaram a elaboração de quadros-síntese e de gráficos que resumem as diferentes perspectivas e percepções dos entrevistados sobre os temas analisados. Esses quadros e gráficos serão apresentados junto com as citações, propiciando uma visão de conjunto sobre os dados qualitativos coletados.” (Rocha et al, 2022, p.11)

O uso de uma **matriz de entrevistados** ou de outros instrumentais que planejam e organizam as fontes de coleta, sejam elas pessoas ou documentos, faz parte de uma investigação qualitativa bem estruturada.

Assim como em qualquer avaliação é importante traçar um **plano de coleta** que contemple:

- **Cronograma** – períodos e prazos para realização e conclusão das atividades de coleta, considerando o tempo posterior no qual esse material deverá ser analisado;
- **Checklist de atividades** – o que deve ser feito previamente à coleta (ex: mobilização inicial dos atores, contato com pessoas que são pontos focais, agendamento de visitas ou entrevistas, elaboração dos roteiros, etc) e quais e quantas são as atividades de coleta a serem feitas (ex: entrevista com gestor da UBS 1, visitas às unidades de saúde da mulher 1 e 2, etc);

- **Atribuição de responsáveis pelas atividades** – identificar e atribuir a cada pessoa da equipe de avaliação e pesquisa quem está responsável por realizar cada ação, ainda que outras pessoas possam ser envolvidas conjuntamente;
- **Reuniões de alinhamento e estratégias de comunicação rápida** – manter uma periodicidade de reportes sobre como andam as atividades de campo, de quantas pessoas já foram entrevistadas ou visitas que foram feitas é parte do próprio monitoramento da investigação. Uma vez que alguns problemas podem ser enfrentados por pesquisadores de campo e entrevistadores, manter grupos de troca de mensagem da equipe de trabalho e algum contato com os pontos focais da avaliação/pesquisa é fundamental para solucionar questões pontuais que podem surgir no processo de coleta.

As escolhas entre quais técnicas e dinâmicas utilizar no processo de coleta, como entrevistas individuais ou coletivas ou grupo focais não deve passar despercebido pela equipe de pesquisa. Identificar o grau de abertura e o quanto os interlocutores se sentem confortáveis em tratar de determinados assuntos e falar sobre eles é um balizador inicial. Com usuários e pacientes, em temas como os cuidados de saúde, a forma como lidam com seus diagnósticos ou doenças são questões muito sensíveis para boa parte das pessoas, portanto, um espaço mais acolhedor e intimista proporcionado pela entrevista individual pode ser a escolha mais indicada.

Por outro lado, quando já há um coletivo constituído, como os próprios grupos operativos existentes no trabalho da atenção básica à saúde, há a possibilidade de combinar entrevistas individuais com momentos de roda de conversa e grupos focais com os usuários dos serviços de saúde e suas famílias. Isso também pode ser replicado no processo coleta com profissionais de saúde, já que esses constituem-se enquanto coletivo, mas que possuem suas singularidades fruto da função e cargo que ocupam, como também suas experiências pessoais, que merecem ter espaço em momentos mais individualizados de conversa e escuta.

Momentos coletivos, como os **grupos focais** e de **discussões em grupo** são extremamente potenciais para momentos de avaliação de resultados de projetos e programas. Momento no qual se espera captar o nível de satisfação dos envolvidos na intervenção, experiências que tiveram, assim como coletar boas práticas e sugestões de melhoria. A “*Avaliação participativa de um programa de prevenção e tratamento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis*”, fruto de um estudo conduzido por dois médicos da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), é um exemplo de como o emprego de grupos e sua escuta pelos pesquisadores, podem trazer reflexões e achados importantes para programas de saúde, como assim descrevem em termos metodológicos e de resultados:

“Conduziram-se seis ‘Oficinas de avaliação e proposições: duas para o grupo equipe, duas para os usuários, uma para o grupo gestores e uma para os profissionais encaminhadores, com cerca de duas horas cada. Três questões iniciais orientadoras foram demandadas: O que você aprecia no programa?, O que não aprecia? e Você daria alguma sugestão para trazer melhorias ao programa?. Depois, realizaram-se círculos hermenêutico-dialéticos, que, ao final, resultaram em construções conjuntas de cada grupo de interesse a partir das falas originais dos participantes individuais. As oficinas foram gravadas e transcritas (...)

A análise do material empírico foi agrupada em três núcleos temáticos: método de trabalho, equipe e gestão do programa. Constatou-se que uma escuta reflexiva dos profissionais é fator decisivo para ampliar a autonomia dos usuários e sua adesão terapêutica; a realização de grupos educativos no local de trabalho favoreceu a captação para tratamento e participação dos usuários, especialmente os do gênero masculino; e os encontros dos grupos possibilitam diversos ganhos objetivos e subjetivos, como a interação social entre pessoas de diferentes áreas da universidade.” (Leme e Campos, 2020, p.640-642)

Sob a perspectivas dos profissionais da saúde a respeito do trabalho que desempenham, suas estratégias e desafios cotidianos no desempenho da função, os grupos focais também se constituem enquanto ferramenta potencial. Pois, como aponta Kitizinger (2009), esses são projetados para valorizar a integração grupal no fornecimento de tipos distintos de dados. Para os que realizam **pesquisa-ação** e que se preocupam em conceder poder aos participantes da pesquisa, para que se tornem parte ativa do desenvolvimento dela, os grupos focais tendem a ser bastante privilegiados enquanto método.

Mais um exemplo de sua aplicação vem de uma pesquisadora do campo da Nutrição, ligada à Universidade Federal do Paraná, que em sua dissertação *“Estudo qualitativo sobre a percepção de nutricionistas na quantificação alimentar em indivíduos adultos com obesidade”*, utilizou a técnica para explorar questões que afetavam as profissionais de seu campo de atuação. Os dados foram analisados por meio da **análise de conteúdo temática**. Destaca-se entre os resultados a identificação de aspectos como sentimentos e vínculos influenciam o trabalho das nutricionistas com seus pacientes:

**“Metodologia: Estudo qualitativo descritivo realizado no Brasil entre maio de 2019 a janeiro de 2020 com nutricionistas que possuíam experiência prévia com a avaliação do consumo alimentar de indivíduos com obesidade. Estes realizavam atendimento particular ou público na região metropolitana de Curitiba, Brasil. A técnica para coleta de dados foi a de Grupo Focal (GF), com Análise de Conteúdo por meio da técnica de análise temática. A construção dos temas foi definida a priori e a posteriori**



**Resultados:** Quatro temas principais foram definidos: 1) Sentimentos dos indivíduos com obesidade; 2) Relação entre o profissional nutricionista e o indivíduo com obesidade; 3) Aspectos que dificultam a quantificação alimentar; e 4) Aspectos que facilitam a quantificação alimentar. Os sentimentos de vergonha, culpa, ansiedade e medo foram mencionados como aspectos que influenciam no relato do consumo alimentar dos indivíduos com obesidade, bem como no atendimento nutricional. Sobre a relação entre os nutricionistas com os indivíduos com obesidade, foi mencionado que a empatia durante o atendimento facilita para que esses indivíduos tenham confiança no profissional e também relatem o seu consumo. Por outro lado, os profissionais também relataram que esses indivíduos os percebem como adversários e buscam atender as expectativas dos mesmos sobre as recomendações e orientações nutricionais.”  
(Garmus, 2020, p.61)

A **entrevista** não é um método tão desconhecido dos pesquisadores do campo da saúde. Como aponta Poupart, das justificativas habitualmente alegadas pelos pesquisadores para recorrer a este método estas podem ser sintetizadas em três tipos de argumentos:

1

“De ordem epistemológica: a entrevista de tipo qualitativo seria necessária, uma vez que uma exploração em profundidade da perspectiva dos atores sociais é considerada indispensável para uma exata apreensão e compreensão das condutas sociais.

2

De ordem ética e política: a entrevista do tipo qualitativo parece necessária, porque ela abriria a possibilidade de compreender e conhecer internamente os dilemas e questões enfrentados pelos atores sociais.

3

De ordem metodológica: a entrevista de tipo qualitativo se imporia entre as ‘ferramentas de informação’ capazes de elucidar as realidades sociais, mas, principalmente, como instrumento privilegiado de acesso à experiência dos atores.”

No “Estudo qualitativo da percepção de usuários hipertensos e diabéticos sobre saúde na Atenção Primária”, que reuniu pesquisadores de saúde de áreas como Odontologia, Nutrição e Saúde Coletiva, destaca-se o cuidado ao detalharem o percurso de entrada em campo, feito previamente às entrevistas, e o que identificaram enquanto principal achado, que seria a forma com que alguns usuários acessam e se relacionam com os equipamentos de saúde, diante suas necessidades:

“Previamente ao estudo, a pesquisadora já estava inserida nos locais de pesquisa, visto que há oito anos era enfermeira da Prefeitura Municipal de Itapeva, atuando em diferentes UBS e na coordenação das equipes do município. (...) Foi realizado um contato prévio com as equipes para agendamento da coleta de dados nas UBS, a fim de que o Agente Comunitário de Saúde (ACS) acompanhasse a pesquisadora no território e residência dos usuários, contudo, o ACS não acompanhou a entrevista, para não interferir nas respostas dos usuários.

(...)

Percebe-se, nos relatos a seguir, que os usuários procuram o acesso à sua demanda de saúde nesses serviços: “Aí vou no hospital [...]” (U8). “[...] vou ali na Santa Casa ou na UPA” (U11). Os usuários, a partir de sua necessidade de acesso, aprendem determinadas “regras sociais” vigentes nos serviços de saúde e constroem diversas estratégias que visam a abrir-lhe as portas do sistema, como, por exemplo, a procura por prontos-socorros e hospitais, relatando apresentar maior resolutividade.” (Camargo et al, 2021, p.4-5)

Esse achado, conversa justamente com achados semelhantes da pesquisa de Oliveira, Mattos e Souza (2009), intitulada “*Cidadãos peregrinos: os “usuários” do SUS e os significados de sua demanda a prontos-socorros e hospitais no contexto de um processo de reorientação do modelo assistencial*”. O que nos relembra o aspecto da dificuldade de generalização que muitos alegam em relação às abordagens qualitativas. Neste estudo, por meio de 12 grupos focais, os pesquisadores buscaram investigar aspectos subjetivos e compreender os significados e experiências dos usuários nas interfaces dos serviços de saúde na cidade de Juiz de Fora (MG).

As análises dos pesquisadores, seguidas de trechos das falas dos usuários, evidenciam as visões e percepções de usuários do SUS acerca do atendimento, bem como as expectativas e os aspectos que balizam seu julgamento sobre o atendimento ter sido bom ou ruim, efetivo ou não. O estudo permite assim um profundo mergulho no lugar dos usuários, em suas vivências em experiências na relação com os serviços de atenção primária em saúde.

**“O usuário demonstra que o profissional que deseja para atendê-lo é o médico. E na avaliação que ele faz acerca do médico, distingue, de um lado, a competência técnico-científica do profissional – relacionando-a com sua competência em estabelecer um diagnóstico preciso e um tratamento eficaz – e, de outro lado, a sua habilidade em se relacionar com o usuário em termos de empatia, de cordialidade e de estabelecer uma relação humanizada. Um outro aspecto que ficou evidente, considerando a figura do médico, foi a associação de uma imagem de maior competência à figura do especialista em contraposição ao generalista.**

‘Eu levei a V. lá no pronto-socorro. Eu achei assim, eu achei que lá também teria médico especializado pra criança e aí ia me atender melhor, entendeu?’

‘É igual eu acho errado, nos postos, aqui, nos dois postos, tanto o J.E. como aqui, não tem pediatra. Quem atende as crianças é o clínico!’” (Oliveira et al, 2009, p.1934)

Como mostra o exemplo acima, mais do que fortalecer as razões e oportunidades do uso de métodos qualitativos, precisamos tratar também do status que a fala e o conhecimento dos entrevistados, bem como seu emprego como fonte de dados e informações de uma avaliação, por exemplo, podem trazer para melhorias num programa ou projeto. Para isso, Britten (2009) orienta que é preciso “evitar, o máximo possível, a imposição das estruturas e das suposições do pesquisador sobre o relato do entrevistado. O pesquisador precisa permanecer aberto à possibilidade de os conceitos e as variáveis emergentes serem muito diferentes daqueles previstos no início.” (Britten, 2009, p. 25).

Levar a sério “o ponto de vista nativo” é prerrogativa no trabalho antropológico, e é de tal forma possibilitada por uma imersão a campo do pesquisador, por meio da **etnografia**, por exemplo. Destaca-se nesse sentido a publicação “Etnografias em serviços de saúde” (2014), organizada por Soraya Fleischer e Jaqueline Ferreira, ambas antropólogas e a última, também médica de família. Na coletânea, 12 artigos analisam ações e serviços do SUS, a partir do que envolve a imersão etnográfica:

**“Com o olhar e todos os sentidos atentos, os autores entram no interior dos locais e contextos onde se situam os serviços de saúde, em suas salas de atendimento ou de espera, nos corredores, nas filas, nos balcões, nos anfiteatros ou salas de reuniões e em outros eventuais espaços onde algo pode ser visto, ouvido e revelado sobre como os agentes envolvidos na saúde – profissionais e “doentes” – entendem e vivem a saúde e a doença, seguindo rigorosamente os passos do ofício do etnógrafo.” (FLEISCHER & FERREIRA, 2014, p.8)**

Em ensaio mais recente, *“Doenças crônicas não transmissíveis e os dilemas do cuidado: a teoria da ordem negociada<sup>5</sup> revisitada”*, Ferreira (2020) discute e analisa, dados oriundos de pesquisas etnográficas, que trazem elementos importantes para o debate atual sobre as DCNTs, pois permite discutir as suas peculiaridades e sua repercussão no cuidado dos pacientes e na intersubjetividade das relações médico-paciente. Entre as pesquisas de referências citadas figuram a de Pereira Neto et al. (2015) e de Fleischer (2012), intituladas, *“O paciente informado e os saberes médicos: um estudo de etnografia virtual em comunidades de doentes no Facebook”* e *“O mundo dos bem e mal passares: vivendo com hipertensão arterial na Guariroba, Ceilândia (DF)”*, respectivamente:

.....

<sup>5</sup> Inspirada na perspectiva interacionista de Anselm Strauss, dentre outros, a teoria da ordem negociada trata da interação entre médico e paciente diante da doença crônica, em que se estabelece uma condição de negociação permanente entre as partes. Envolve os eventos e contextos que cercam a doença e todos os atores sociais além do doente e do médico: família, amigos, ambiente de trabalho e outros profissionais de saúde (enfermeiros, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais). Ver mais em: BASZANGER, I. Les maladies chroniques et leur ordre négocié (As doenças crônicas e sua ordem negociada). *Revue Française de Sociologie*, [s. l.], n. 27, p. 3-27, 1986.

“Por outro lado, o doente se apropria rapidamente das informações e de um saber que é do outro: ele busca todas as informações. Alguns autores já discutiram como os conhecimentos disponibilizados atualmente via internet influenciam na relação médico-paciente (Pereira Neto et al., 2015) Assim, o doente organiza seus argumentos para negociar com o médico. Como o diagnóstico é papel do médico, isso leva a um conflito. Enfim, diagnósticos são negociados constantemente e podem ter percepções diferentes nos dois polos.

No cotidiano da prática médica, não é raro ver pacientes dizerem que não são doentes mas necessitam de remédios para a “pressão alta”. A frequente banalização dessa doença por parte dos acometidos por ela, talvez por não interferir no cotidiano do indivíduo a curto e médio prazo, leva a crer que ele busca negar sua condição de doente e sobretudo de portador de uma doença crônica. Um dos sinais indicativos disso também é o abandono do tratamento, quando sintomas e níveis de pressão arterial se estabilizam por um período longo (à custa do tratamento). Também não são incomuns os seguintes relatos: “Eu tomo remédio só quando a pressão tá muito alta”, “Eu não tenho pressão alta, tenho a pressão descontrolada”. Fleischer (2012, p.154) já observou como os sintomas da hipertensão identificados como “passar mal” são, em princípio, negados pelos indivíduos como relativos à doença, e somente após “passar mal” é que os medicamentos são ingeridos: “A diferença entre diagnosticados e não diagnosticados é que os primeiros têm mais experiência para ‘ler’ o ‘passar mal’”. (Ferreira, 2020, p.3)

Entre as análises de tais dados obtidos por meio de observação, interação e escuta nota-se um esforço imbuído dos pesquisadores no ato de interpretá-los a partir do próprio universo simbólico dos pacientes. Ou seja, a forma como se veem, como se sentem e como

se relacionam com o diagnóstico. Entre as estratégias metodológicas estão a **etnografia em campo**, mas também a **etnografia virtual**, que pode envolver uma **pesquisa qualitativa online**, quando o pesquisador também propõe e/ou media discussões em fóruns, blog, grupos de discussão, etc com o intuito de usar tais dados como fonte da investigação.

O **uso de imagens** como **fotografias** foi foco do levantamento conduzido por pesquisadores da área de Enfermagem, ligados à Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Neste, “Uso da fotografia nas pesquisas qualitativas da área da saúde”, Alves et al. (2021), a partir de 138 pesquisas publicadas no período de 2001 a 2018, analisaram as estratégias metodológicas que embasaram tais pesquisas - como o emprego de outros métodos quali e quanti de coleta e análise - identificando também seus benefícios:

“Importante destacar, ainda, que a fotografia foi utilizada em combinação com outras estratégias em 93 (67,4%) investigações, as quais utilizaram 22 estratégias diferentes, a saber: entrevista (65; 47,1%), grupo focal (22; 15,9%), diário de campo (9; 6,5%), técnicas de observação (7; 5,1%), discussão em grupo (4; 2,9%), desenho (4; 2,9%), caminhada fotográfica (3; 2,2%), história oral de vida (2; 1,4%), questionário (2; 1,4%), casos etnográficos (...)

Quanto à análise de dados, 88 pesquisas adotaram um método (63,8%), 23 combinaram dois métodos (16,7%) e 16 empregaram somente softwares (11,6%). Onze produções não abordaram os procedimentos de análise de dados (7,9%). Dos métodos utilizados sem combinações para a análise de dados, destacam-se a análise temática (32; 23,2%), análise de conteúdo (20; 14,5%) e grounded theory (5; 3,6%) (...)

No tocante aos benefícios do uso, de modo geral, estão direcionados para o maior engajamento dos participantes, aspecto essencial para as pesquisas qualitativas, pois otimiza a captação das subjetividades. Assim, pode-se afirmar que a fotografia é uma ferramenta importante para os pesquisadores que trabalham com esse tipo de abordagem metodológica.” (Alves et al., 2021, pp. 526-528).”

Por mais que não tenhamos o intuito de fazer deste texto um manual de orientações sobre o uso de métodos qualitativos, consideramos importante fazer desta seção um espaço para mostrar o que vem sendo produzido por pesquisadores do campo da saúde. Enfatizando também suas potencialidades, rigorosidade no emprego dos métodos e na apresentação dos resultados.

A seguir, trazemos mais casos e exemplos de utilização de métodos qualitativos em duas avaliações de iniciativas piloto, e de como alguns achados seriam somente possíveis por meio da adoção de tais métodos.



## 4. APRENDENDO COM A PRÁTICA

### Métodos mistos no aprimoramento do Projeto Ame Sua Mente na Escola

**Sobre o projeto:** O projeto Ame Sua Mente na Escola é desenvolvido e implementado pelo Instituto Ame Sua Mente (IASM), com apoio da Associação Umame e Instituto ABCD. A intervenção caracteriza-se por uma estratégia estruturada de formação sobre saúde mental voltada às equipes escolares e aos profissionais da regional de ensino.

Iniciado em 2020, o projeto busca promover uma nova cultura de saúde mental nos espaços escolares, fomentando um olhar mais amplo e humanizado sobre saúde mental e a redução dos estigmas relacionados aos transtornos mentais. Além de capacitar os educadores para lidar com problemas relacionados à saúde mental dos estudantes, por meio do manejo adequado, identificação e encaminhamento precoce de casos; espera-se também auxiliá-los a desenvolver estratégias de autocuidado em relação à própria saúde mental.

Até o primeiro semestre de 2022, mais de 70 escolas públicas da Diretoria de Ensino (DE) Região Centro-Sul da cidade de São Paulo, além de profissionais da DE que atuam diretamente no apoio a essas escolas, já participaram de ações do projeto. Para além da formação, os participantes têm acesso a uma plataforma onde é disponibilizado o conteúdo complementar dos módulos e outros materiais de apoio, como apostila, guias, fichas informativas, além de mais vídeos e podcast sobre saúde mental.

O projeto que teve início concomitante à emergência de saúde pública da Covid-19 vivenciou diversas mudanças em relação ao seu desenho original, que envolvia formações presenciais em horário de ATPC (aula de trabalho pedagógico coletivo) nas escolas participantes, o que presumia formar todos os membros da equipe escolar, gestores e professores.

Com toda a readaptação que os profissionais vivenciaram com o fechamento das escolas e as aulas no formato remoto e, posteriormente, híbrido, o projeto teve que flexibilizar e rever seu próprio atendimento. Foi nesse aspecto que uma avaliação com abordagem qualitativa ganhou espaço e relevância em meio ao desenvolvimento do projeto.

Cabe ressaltar que, desde seu desenho original, estavam previstas coletas quanti e quali no bojo da sistemática de avaliação pensada para o projeto. Antes e depois de passarem pela formação, na dinâmica *ex ante* e *ex post* da avaliação, todos os participantes recebem o link de um questionário, com algumas questões que se repetem nos dois momentos, para gerar base de comparabilidade das respostas. Paralelo a isso, também mesclamos entrevistas e grupos focais com alguns integrantes do grupo gestor das escolas e profissionais da DE, principais públicos inscritos e participantes do projeto. A combinação dessas técnicas, portanto, caracterizam esta como uma **avaliação de métodos mistos**, desde seu princípio.

Se por um lado os questionários tinham o papel de traçar um perfil, mensurar o nível de conhecimento e do estigma dos indivíduos, por meio de escalas psicométricas validadas por especialistas da área; por outro, pouco havia de espaço para saber com detalhes como tinha sido a experiência de formação, se antes do projeto estes profissionais já detinham algum tipo de contato com o tema, como enxergavam este tema e sua importância. No que tange em relação a este último aspecto, e especialmente com o agravo da pandemia, era necessário compreender também como o tema da saúde mental tinha adentrado o cotidiano dos profissionais da educação.

A escolha do método da entrevista estruturada pareceu a mais adequada para o contato inicial com a DE e as 10 primeiras escolas participantes do projeto, no ano de 2020. Como desconhecíamos a abertura das profissionais em lidar com um tema tão sensível e repleto de tabus e estigmas sociais – até aquele momento – a entrevista individual cumpria o papel de deixá-los mais à vontade, a expressar suas visões e percepções individuais, sem que outros as influenciassem.

Dessa forma, buscamos trazer questões e temas presentes nos instrumentos quantitativos para os roteiros de coleta qualitativos. Isso permitiu qualificar e aprofundar os resultados obtidos pelos questionários, como por exemplo, os tipos de práticas de autocuidado em saúde mental que os profissionais da educação contam ter, que perpassam atividades de lazer, atividades físicas e também uma busca religiosa e espiritual.

No que tange à combinação e uso de ambas as abordagens, adotamos a estratégia de **triangulação simultânea**, a qual usa métodos distintos para confirmar resultados obtidos em uma pesquisa. Sua escolha se justifica pela busca de superar as fraquezas de um método utilizando as forças do outro. Tal procedimento pode fortalecer a interpretação quando há convergência nos resultados em ambos os métodos ou explicar a divergência, caso ocorra. (Creswell, 2009)

Foi assim que identificamos que o tema do projeto não era algo novo no cotidiano deles, mas que ainda havia muita dúvida e confusão sobre o que cabia sob tal nomenclatura “saúde mental”, sendo muitas vezes reduzido a ações para o desenvolvimento de habilidades socioemocionais. Sentimentos de medo, culpa e receios também rondavam a prática dos profissionais quando tinham que manejar algum caso de saúde mental entre os alunos. E nessas ocasiões, usavam a “intuição” ou algo que já tinham feito antes como mediação, mesmo que estas não fossem as mais adequadas, como acionar aspectos religiosos para desencorajar situações de risco entre os alunos.

Notamos também que fatores geracionais seguem influenciando a visão de uma parte desses entrevistados, sobre como enxergam a manifestação de transtornos mentais entre os jovens, atribuindo negativamente a esta nova geração certa “fragilidade emocional” que, segundo eles, não existia na época em que eram estudantes. Já em relação aos problemas no encaminhamento dos casos de saúde mental - que foi apontado nos questionários como um dos momentos mais críticos - foi assim desvendado nas respostas dos entrevistados. Boa parte dos responsáveis pelos alunos teriam uma resistência em aceitar a necessidade de tratamento de seus filhos, assim como não saberiam ao certo para qual equipamento de saúde indicar o caso do aluno.

Os pontos mencionados acima foram apresentados e debatidos com a equipe implementadora do projeto como aspectos de melhoria e de ajustes nos conteúdos formativos. O que os auxiliou a fortalecer a parte de orientações e recomendações de como manejar e encaminhar os casos, de criar uma parte de mitos e estigmas sobre alguns transtornos que abordavam, etc. Importante demarcar que se a escala de mensuração de estigma do instrumento quanti indicou o nível do estigma que o indivíduo tinha em relação a alguns transtornos, foi na quali em que conseguimos analisar as narrativas e falas dos atores, que evidenciaram traços e frequências que este estigma ganhava no cotidiano e prática dos educadores. Como por exemplo, quando usavam termos pejorativos para se referir a algum jovem com diagnóstico de transtorno.

Além disso, após cada ciclo formativo do projeto, realizamos grupos focais segmentados pelos perfis dos participantes; uma estratégia de avaliação somativa e formativa que seguimos apostando até o atual ciclo do projeto. Neste momento de saída, os grupos focais, compostos por um coletivo representativo<sup>6</sup> dos participantes das

.....  
<sup>6</sup> Mais do que quotas de representação, buscamos compor um grupo que conte com a participação de pessoas de diferentes gêneros, que ao menos algum profissional cada escola esteja presente e que todos tenham cargo semelhante, para não criar um espaço em que relações de poder e hierarquia acabem inibindo a participação de alguns.

formações, cumprem a função de avaliar aspectos da formação do projeto, seus conteúdos e temas abordados, os materiais produzidos pelo IASM e até a logística e comunicação com as escolas.

Foi assim que, em 2021, pudemos endereçar sugestões de melhorias a partir de problemas apontados no acesso e utilização dos materiais do projeto, ou de demanda que os profissionais ainda tinham expectativa que o Ame Sua Mente poderia suprir. Dessa forma, na seleção dos indivíduos que integram tais grupos temos privilegiado aqueles que têm participado ativamente do projeto, os mais expostos e qualificados a falar sobre a intervenção e que, por isso, teriam mais contribuições a trazer.

Para 2023, pretendemos realizar um momento de avaliação participativa por meio da “colheita de resultados”<sup>7</sup>, abordagem qualitativa que se baseia em depoimentos dos principais stakeholders para identificar, formular e dar sentido aos resultados de um programa, estando eles previstos ou não. (VAESSEN et al., 2020, p.78, trad. nossa). Este deverá ser entregue enquanto mapa de resultados, uma estratégia e ferramenta visual que permite compreender e sistematizar também as lições aprendidas do projeto.

.....  
<sup>7</sup> Tradução utilizada para “outcome harvesting”, uma abordagem de avaliação no qual avaliadores, financiadores, gestores e equipes do programa identificam, formulam, verificam, analisam e interpretam os “resultados” em contextos em que as relações de causa e efeito do programa não são totalmente compreendidas.

## Diagnóstico qualitativo no projeto Experiências que Alimentam II

**Sobre o projeto:** O projeto Experiências que Alimentam II é desenvolvido e implementado pelo Centro de Recuperação e Educação Nutricional (CREN), com apoio da Associação Umane. A intervenção caracteriza-se enquanto uma estratégia pedagógica de trabalho com educação alimentar e nutricional (EAN) em centros de educação infantil (CEIs). Seu principal objetivo é ampliar e difundir as ações de EAN em ambiente escolar de primeiríssima infância, para favorecer a promoção de saúde e prevenção de desvios nutricionais.

A intervenção tem como principal estratégia o oferecimento de capacitação aos profissionais dos CEIs, tendo como público-alvo educadores e profissionais responsáveis pelo desenvolvimento de ações pedagógicas nas unidades. Entre esses estão professores de educação infantil (PEI), como também auxiliares técnicos de educação (ATE) e coordenadoras pedagógicas (CPs). Além do conteúdo dos módulos formativos ministrados pela equipe do CREN, o protótipo educacional desenvolvido também envolve o oferecimento de materiais educativos e de um ambiente virtual de aprendizagem.

Atualmente, o atendimento do projeto é direcionado aos CEIs do distrito de São Miguel, por meio de parceria com a Diretoria Regional de Educação (DRE) do mesmo distrito. Em 2021 o projeto foi implementado em seis unidades pilotos, e em 2022 houve duas ondas de expansão totalizando o atendimento de 50 CEIs.

Desde seu início, o projeto contempla as fases de formulação, implementação e testagem do protótipo educacional desenvolvido pelo CREN, assim como versa o próprio ciclo de políticas públicas<sup>8</sup>.

<sup>8</sup> Ver mais em SECCHI, 2013.

Foi então no Ano 1 que direcionamos nosso arsenal de métodos qualitativos, para elaboração de um diagnóstico sobre a realidade das unidades de educação infantil da região. Conciliando estes com o levantamento de indicadores educacionais das escolas e socioeconômicos do distrito, pudemos construir um retrato do território da intervenção que auxiliou a equipe do CREN a desenvolver um conteúdo formativo alinhado às demandas e necessidades locais.

Uma vez no contexto de pandemia, tivemos que lidar com a impossibilidade da realização de visitas e observações de campo que muito auxiliariam na elaboração do diagnóstico e, portanto, todas as coletas foram feitas remotamente. Para isso, identificamos com quais públicos gostaríamos de conversar, considerando seus perfis e funções que ocupam na relação com o CEI, o que traria uma perspectiva multisituada e plural da percepção que possuem sobre o trabalho com EAN nas creches.

Participaram das entrevistas e grupos focais: supervisoras da DRE, diretoras dos CEIs, professoras, cozinheiras e/ou auxiliares de cozinha e familiares responsáveis pelas crianças matriculadas. Num momento de chamamento e sensibilização das gestoras das unidades para integrar o projeto, cerca de 10 unidades manifestaram interesse. Foi entre essas que selecionamos os participantes das conversas, considerando a localização da unidade (perto ou longe do centro de São Miguel), seu porte em termos de matrícula e o tipo de gestão da unidade (rede direta ou rede conveniada).

Primeiramente, é importante demarcar que foi notável um anseio de parte considerável dos participantes em relação ao que se esperava deles na entrevista. Se eles atenderiam algum tipo de expectativa, ou de como as informações seriam utilizadas. Ao final, todos comentaram que estavam surpresos e aliviados por terem sido ouvidos, e não “testados”, como acharam que aconteceria. Apesar de ter comunicado, antes mesmo de iniciar as conversas, que não éramos da área de Nutrição, muitos

ficavam receosos no começo, em falar ou assumir algo que consideravam um “mau hábito” alimentar.

Quebrado o gelo, todos puderam contar qual o papel que a alimentação detinha na sua vida e qual percepção tinham sobre o papel do CEI, principalmente, na parte de EAN dos bebês e crianças pequenas. Identificar díades como “educar x cuidar”, “alimentação x nutrição”, “comer besteiras x comer saudável”, entre tantas outras nas falas dos entrevistados, nos auxiliou a compreender o universo simbólico que acionavam para falar de EAN. Se questionados por meio da aplicação de um instrumento parametrizado como um questionário alimentar, dificilmente conseguiríamos adentrar com tanta profundidade este universo.

Especificamente em relação aos profissionais que atuavam nos CEIs, pudemos conhecer melhor os problemas que os afetam no que envolve o trabalho com EAN e o próprio momento de refeição. Problemas estruturais da gestão educacional da alimentação escolar, com o cardápio e horários das refeições, por exemplo, apareceram como empecilhos mas também sinalizaram uma possível expectativa dos entrevistados para que o projeto os solucionasse. Alinhar essas expectativas e mostrar caminhos que driblassem tais desafios, indicando a impossibilidade de sua resolubilidade no escopo do projeto, antecipou alguns problemas que a equipe do CREN poderia enfrentar.

Como o protótipo educacional a ser desenvolvido detinha um foco específico naqueles que atuam em sala de aula, na educação infantil, chamamos apenas os professores e auxiliares de sala para comporem os grupos focais. Estes puderam compartilhar suas visões sobre as famílias, sobre como veem as questões sobre a autonomia dos bebês e crianças no momento da refeição, além das práticas e atividades que costumam desenvolver com foco em EAN. Este rico momento de escuta também serviu como um espaço de compartilhamento de ideia e sugestões de atividades entre os educadores participantes.



Ao todo, foram realizadas 14 entrevistas e dois grupos focais no primeiro ano do projeto. Nos anos 2 e 3, as coletas quali vêm sendo mais direcionadas para cumprir uma **estratégia de explicação sequencial**, em que a prioridade da análise foi feita a partir de dados quantitativos, sendo seguida por uma análise qualitativa. Ambos os procedimentos se integram durante a fase de avaliação dos dados, o que se justifica pela contribuição que a análise qualitativa traria na interpretação dos resultados da fase quantitativa. Dessa forma, os grupos focais seguirão enquanto estratégia para avaliar a satisfação dos participantes e trazer ajustes enquanto ainda se está testando o projeto para seu ganho de escala.



## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Um dos principais nomes da sociologia norte-americana e do interacionismo simbólico, Howard Becker, enfatiza que o pesquisador não pode se submeter à camisa de força das metodologias que buscam fazer caber nelas a realidade social, quando o mundo empírico é infinitamente mais rico. O desafio do pesquisador e/ou avaliador seria, portanto, expandir e aprimorar sua capacidade de compreendê-lo e interpretá-lo. E nesse sentido, uma abordagem de métodos mistos pode cumprir esse papel de apreensão da realidade e de sua complexidade.

Entre os estudos e pesquisas aqui apresentados como bons exemplos de aplicação dos métodos qualitativos, destacam-se que eles atendem a critérios de rigor metodológico, no que cabe em quanto descrição embasada e referenciada na respectiva seção de metodologia. A utilização de diferentes técnicas ou métodos, portanto, não é escolhida ao acaso ou aleatoriamente, mas sim baseada no referencial teórico que cada abordagem carrega e nas condições de aplicabilidade observadas para o emprego de um ou outro.

No que envolve os desenhos avaliativos, a integração e interação entre os componentes quantitativos e qualitativos de uma avaliação podem

fortalecer os resultados destes estudos, além de responder a questões de pesquisas e produzir conhecimentos de validade elevada. Servindo, sobretudo, para repensar a prática de profissionais de saúde, conteúdos de campanhas educativas e de comunicação voltadas à população ou o próprio atendimento de alguns equipamentos.

A expectativa é que discussões como esta possam ser lidas não apenas pelos já iniciados, mas também pelos profissionais de diversas áreas de saúde, reforçando mais uma vez que a articulação de saberes é crucial para o desenvolvimento da saúde individual e coletiva.

# REFERÊNCIAS



ALVES, K. Y. A. et al. Uso da fotografia nas pesquisas qualitativas da área da saúde: revisão de escopo. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, n. 2, p. 521-529, fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não-transmissíveis: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro / Brasil. Ministério da Saúde – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

CAMARGO, P. N. N. et al. Estudo qualitativo da percepção de usuários hipertensos e diabéticos sobre saúde na Atenção Primária. *Revista de Ciências Médicas*, v. 30, p. 1, 11 mar. 2021.

CLIFFORD, J. A. *Experiência Etnográfica - Antropologia e Leitura no Século XX*. Rio de Janeiro: UFRJ, 2002.

CRESWELL, John W. *Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. 3a. ed. Sage publications, 2009.

CRESWELL, J. W., & CLARK, V. L. *Designing and conducting mixed methods research*. Thousand Oaks: Sage, 2007.

FERREIRA, J. Doenças crônicas não transmissíveis e os dilemas do cuidado: a teoria da ordem negociada revisitada. *Saúde e Sociedade*, v. 29, n. 4, p. e190149, 2020.

FERREIRA, J.; FLEISCHER, S. (EDS.). *Etnografias em serviços de saúde*. Rio de Janeiro, Brasil: Garamond, 2014.

FLEISCHER, S. O mundo dos bem e mal passares: Vivendo com hipertensão arterial na Guariroba, Ceilândia (DF). *Revista de Ciências Sociais - Política & Trabalho*, [S. l.], v. 2, n. 37, 2012.

FLICK, U. *Introdução à pesquisa qualitativa*. Porto Alegre: Artmed, 2009.

GARMUS, L. M. Estudo qualitativo sobre a percepção de nutricionistas na quantificação alimentar em indivíduos adultos com obesidade. [Dissertação] Universidade Federal do Paraná. Setor de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Alimentação e Nutrição. UFPR: Curitiba, 2020.

GEERTZ, C. Nova luz sobre a antropologia. Rio de Janeiro (RJ): Jorge Zahar; 2001.

GEERTZ, C. A Interpretação das Culturas. São Paulo: LTC, 2008.

GEERTZ, C. O saber local: novos ensaios em antropologia interpretativa. Rio de Janeiro (RJ): Vozes; 1997

GOMES, R. Pesquisa Qualitativa em Saúde. Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa: São Paulo, 2014. Acesso em: 22 jul. 2022.

ROCHA, R; CAMARGO, M; FALCÃO, L; SILVEIRA, M; THOMAZINHO, G. A Saúde na Amazônia Legal: Análise Qualitativa sobre Desafios e Boas Práticas. IEPS: Estudo Institucional n.5, Fevereiro/2022. Acesso em: 06 set 2022 ([https://ieps.org.br/wp-content/uploads/2022/06/IEPS\\_Estudo\\_Institucional\\_05.pdf](https://ieps.org.br/wp-content/uploads/2022/06/IEPS_Estudo_Institucional_05.pdf)).

KUSEK, J. Z.; RIST, C.R. Ten steps to a results-based monitoring and evaluation system: a handbook for development practitioners. Washington, DC: World Bank, 2004.

LEME, P. A. F.; CAMPOS, G. W. DE S. Avaliação participativa de um programa de prevenção e tratamento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis. Saúde em Debate, v. 44, n. 126, p. 640-655, set. 2020.

MINAYO, M. C. DE S. O desafio do conhecimento. Rio de Janeiro: HUCITEC, 1992.



MINAYO, M. C. DE S. A produção de conhecimentos na interface entre as ciências sociais e humanas e a saúde coletiva. *Saúde e Sociedade*, v. 22, n. 1, p. 21-31, mar. 2013.

MINAYO, M. C. DE S.; ASSIS, S. G. DE; SOUZA, E. R. DE. Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. [s.l.] Editora FIOCRUZ, 2005.

OLIVEIRA, L. H. DE; MATTOS, R. A. DE; SOUZA, A. I. S. DE. Cidadãos peregrinos: os “usuários” do SUS e os significados de sua demanda a prontos-socorros e hospitais no contexto de um processo de reorientação do modelo assistencial. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, n. 5, p. 1929-1938, dez. 2009.

PEREIRA NETO, A. et al. O paciente informado e os saberes médicos: um estudo de etnografia virtual em comunidades de doentes no Facebook. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, v. 22, n. suppl, p. 1653-1671, dez. 2015.

POPE, C.; MAYS, N. Qualitative Research: Reaching the parts other methods cannot reach: an introduction to qualitative methods in health and health services research. *BMJ*, v. 311, n. 6996, p. 42-45, 1 jul. 1995.

POPE, C.; MAYS, N. Pesquisa qualitativa na atenção à saúde. 2. ed. Reimpressão ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

POUPART, Jean. A entrevista de tipo qualitativo: considerações epistemológicas, teóricas e metodológicas. In: POUPART, J. et al. A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos. Petrópolis: Vozes, 2008.

PROCHNOW, A. G.; LEITE, J. L.; ERDMANN, A. L. Teoria interpretativa de Geertz e a gerência do cuidado: visualizando a prática social do enfermeiro. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 13, n. 4, p. 583-590, ago. 2005.

TAQUETTE, S. R.; MINAYO, M. C. Análise de estudos qualitativos conduzidos por médicos publicados em periódicos científicos brasileiros entre 2004 e 2013. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 26, n. 2, p. 417-434, jun. 2016.

TAQUETTE, S. R.; MINAYO, M. C. DE S. Características de estudos qualitativos conduzidos por médicos: revisão da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 20, n. 8, p. 2423-2430, ago. 2015.

RIBEIRO, J., SOUZA, D.N. e COSTA, A.P. Investigação qualitativa na área da saúde: por quê? *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2016, vol. 21, no. 8, pp. 2324-2324, 2016.

TURATO, ER. Introduction to the clinical-qualitative research methodology: definition and main characteristics. *Rev Portug Psicossomática*, n. 2, v.1, p. 93-108, 2000.

VAESSEN, J., LEMIRE, S., BEFANI, B. Evaluation of International Development Interventions: An Overview of Approaches and Methods. Independent Evaluation Group. Washington, DC: World Bank, 2020.



**UMANE**