

ATIVIDADE FÍSICA E SAÚDE NO DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO: REVELAÇÕES NO COMPLEXO SÃO MARCOS – CAMPINAS/SÃO PAULO, BRASIL

COLLECTIVE HEALTH AND PHYSICAL ACTIVITY: ASPECTS OF THE APPLICATION OF QUALITATIVE METHODOLOGIES AT SÃO MARCOS COMPLEX – CAMPINAS/SÃO PAULO, BRAZIL

Ana Paula Martins Vicentin¹, Carla Cristina Cuoco Léo², Carolina Marteli-Nicolai³ e Aguinaldo Gonçalves⁴

¹ Mestre em Ciências do Esporte, pela Universidade Estadual de Campinas - Unicamp.

² Mestre em Qualidade de Vida, Adaptação e Saúde, pela Universidade Estadual de Campinas - Unicamp.

³ Graduada em Educação Física, pela Faculdade de Educação Física da Universidade Estadual de Campinas - FEF/Unicamp.

⁴ Médico; mestre e doutor em Biociências, pela Universidade de São Paulo - USP; pós-doutor em Epidemiologia Genética, pela USP; livre-docente e professor titular do Grupo de Saúde Coletiva e Atividade Física, Faculdade de Educação Física da Universidade Estadual de Campinas - FEF/Unicamp.

RESUMO

Conceitos para melhoria das condições sociais aplicados à saúde, como *empowerment*/empoderamento, *advocacy*/negociação, *governance*/sustentabilidade e *accountability*/transparência, exigem, de profissionais e da população, a busca por informação, reflexão e ação. Nesse sentido, a presente comunicação toma, do interior do Complexo São Marcos, em Campinas, São Paulo, experiência recente com objetivo de apreender concepções e práticas de moradores de região periférica de área metropolitana do País acerca da relação saúde-atividade física, bem como do processo de sua obtenção. Para tanto, considerou-se segmento da população adulta jovem local, adotando para coleta dos dados a técnica de grupo focal. Para o respectivo plano analítico, utilizou-se o discurso do sujeito coletivo que, operacionalmente, compõe-se pela sucessão de várias fases, desde a identificação das figuras metodológicas em expressões-chave e ideias centrais, montagem do banco de dados pré-configurado, chegando à categorização das respostas, com o emprego do programa computacional QualiQuantSoft®. Foram coletados os depoimentos de 19 adultos, de 30 a 72 anos, responsáveis por, pelo menos, duas crianças com idades entre seis e 12 anos, sendo a maioria beneficiária de programas estatais de apoio social. Os resultados obtidos apontam que a adoção dos dois métodos associados, aspecto inovador já em si mesmo, permitiu constatações acerca da atividade física e saúde, destacadamente: (i) visão local sobre possibilidades e direitos; (ii) limitações e barreiras de oferta, disponibilidade e acesso; (iii) a contribuição do Centro de Saúde na respectiva transferência de informações; (iv) a necessidade de continuidade de abordagens e intervenções.

Palavras-chave: análise qualitativa, saúde, atividade física.

ABSTRACT

Concepts for improving the social conditions applied to health demand the search for information, insight and action by professionals and the general public. Accordingly, in the interior of the São Marcos Complex, Campinas, SP, the present communication takes a recent experience with the objective of retaining conceptions and practices of local residents of a peripheral region of a country's metropolitan area, as well as the process for its obtaining. To that effect, a local adult population segment was considered, adopting the focal group technique for the data collection. Regarding the corresponding analytical plan, the Discourse of the Collective Subject was chosen. Operationally, it consists in a succession of multiple stages, from the identification of the methodological figures in key expressions and central ideas to the set up of a pre-configured database, reaching the categorization of answers through the use of the QualiQuantiSoft® computing program. We collected the testimonies of Nineteen adults aged 30- to 72-years. They were responsible for at least two children aged 6 to 12 years, most of them beneficiaries of social support public programs. Obtained results point as findings about the local reality a local vision: i) on possibilities and rights; ii) limitations and barriers of offers, availability and access; iii) the Health Center contribution to the respective information transference and iv) the need of new approaches and interventions.

Keywords: qualitative research, health, motor activity.

I. INTRODUÇÃO

Atualmente, os conceitos surgidos em Saúde Coletiva implicam amplas possibilidades de aplicação na área de atividade física. Circulando predominantemente na língua inglesa, sua tradução torna-se imprecisa, razão pela qual muitos autores preferem mantê-los como no original. Dentre esses, como cálice sagrado da Nova Promoção da Saúde (PS), o *empowerment*/empoderamento é termo complexo que recebe influência de áreas distintas: direito civil, movimento de autoajuda e psicologia comunitária (RISSEL, 1994). É entendido como aumento de poder e autonomia de indivíduos ou grupos nas relações interpessoais e institucionais, principalmente daqueles submetidos à opressão, discriminação e dominação social (VASCONCELOS, 2004). A Organização Mundial da Saúde apontou aspecto generalista, tendo como direcionamento a busca de objetivos pessoais e coletivos, com algumas “dimensões” valorizadas: autoestima, autoeficácia, legitimidade política, coesão, pertencimento e redes de apoio (WALLERSTEIN, 1992). Segundo a teoria social, é método de construção de consenso que exige negociação e concertação para todos (STOTZ & ARAÚJO, 2004).

Uma das formas para o desenvolvimento do *empowerment* é agir por meio da *advocacy*/negociação, bastante presente nessa conjuntura (GONÇALVES, 2006). Pode-se entendê-la como ação na qual se propõem e contrapõem ideias, e cada uma das partes envolvidas

traz recursos ou necessidades a serem satisfeitas. Constitui interação em que existe o diálogo em condições semelhantes, na busca de resolver diferenças e obter acordos. Exemplo expressivo a respeito são os conselhos de saúde, nos quais diversos atores interagem com objetivo de deliberar, fiscalizar e interferir no funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS). No entanto, importa ressaltar as implicações e os questionamentos na direção de que a “participação popular nos conselhos não seja um mero ritual homologatório das intenções do polo institucional ou gestor” (OLIVEIRA, 2004). Ou seja, o engajamento é imprescindível para negociação e, para isso, necessita-se de coerência e ética de ambas as partes. Atualmente, transcendendo o significado utilizado para designar atividade do bacharel em Direito, o termo assume caráter de reivindicação, definindo-se como “processos que produzem mudanças em sistemas institucionais” (ESSED-FERNANDES, 2006). Efetiva-se com mobilizações individuais e de grupos organizados, sensíveis às carências e necessidades da sociedade (DALLARI *et al.*, 1996). Em saúde, baseia-se no princípio de que pessoas têm juridicamente direitos que devem ser garantidos pelo Estado. Operacionalmente, os passos para sua execução expressam-se sequencialmente por algumas ações, quais sejam: (i) clareamento e coleta de dados sobre a situação; (ii) elaboração e explanação de estratégias; (iii) aplicação de avaliação da mesma. Vale lembrar que todos podem exercer o *advocacy*, necessitando ou não de ajuda técnica.

Ressalta-se aqui que, em muitas obras, negociação e *advocacy* são apresentadas como sinônimos, nos seus respectivos idiomas. No entanto, pelas definições reunidas, observam-se singularidades específicas; melhor talvez seja traduzir o termo por interlocução.

Por outro lado, também a gestão é hoje representada na saúde por diversas instâncias que seguem tais tendências da autodeterminação em saúde. Entende-se por *governance*/sustentabilidade a capacidade de implementarem-se políticas públicas de forma eficiente (BRESSER PEREIRA, 1996), ou também a maneira como os governos exercem o poder no encaminhamento dos recursos sociais e econômicos de um país (ACDI, 2005). Esse conceito não se restringe ao âmbito da administração estatal; empresas privadas valorizam respectivas práticas corporativas que, dentre outras possibilidades, envolvem treinamento corrente dos funcionários, canais de denúncia e participação ativa de acionistas na tomada de decisões.

O outro elemento desse contexto relaciona-se à *accountability*: responsabilidade objetiva dos servidores, exercida perante pessoa ou organização (CAMPOS, 1999), respeito às suas necessidades e bom investimento do dinheiro alheio. De igual forma, existe o *accountability* político “baseado na capacidade dos eleitores, individuais ou grupais, de exigir que os representantes expliquem o que fazem” (ARATO, 2002). Tida muitas vezes como a tradução do *accountability* para o português, tem-se a transparência. Para outros autores, trata-se de prática intrínseca à sustentabilidade. Segundo Santos (2006), não representa somente a prestação de contas do governo à sociedade, mas caracteriza ganhos de acessibilidade do cidadão que utiliza serviços coletivos.

Pode-se entender, portanto, que esses conceitos apontam para agir no campo da saúde, que exige, tanto dos profissionais quanto da população, a busca pela informação, reflexão e ação para a melhoria das condições sociais. Nesse sentido, tem-se constatado que a aplicação de tais concepções não chega a efetivar-se quando se lança mão tão somente de recursos quantitativos habituais, necessitando-se complementarmente do consenso de princípios, técnicas e recursos qualitativos. A presente comunicação relata experiência recente a respeito, travada no interior do Complexo São Marcos, em Campinas, São Paulo, uma das áreas de atuação de ensino, pesquisa e extensão do Grupo de Saúde Coletiva/Epidemiologia e Atividade Física da Universidade Estadual de Campinas – Unicamp. Dessa forma, pretende-se descrever iniciativa voltada a

desvelar tais elementos em população do meio com demandas sociais explícitas, sobretudo a referente à saúde e à atividade física sistemática. Em outros termos, interessou a todos ouvir como o grupo social considerado formula e significa determinantes, manifestações e consequências das necessidades sentidas de atividade física e saúde, com ênfase conferida às metodologias adotadas. O que se pretende, portanto, é, além de mostrar destinações atingidas, explicitar a viabilidade de sua execução.

2. METODOLOGIA

2.1. A opção metodológica

Parte-se da metodologia qualitativa, como aquela em que os pesquisadores

(...) procuram entender o processo pelo qual as pessoas constroem significados e descrevem o que são aqueles significados. Usam observação empírica porque é com os eventos concretos do comportamento humano que os investigadores podem pensar mais clara e profundamente sobre a condição humana (BOGDAN & BIKLEN, 1994).

Desde pronto, fato bastante singular nesse contexto é a amostragem. Adota-se a proposital ou por intencionalidade (TURATO, 2003), oposta à estatística, esta preocupada com representatividade em relação ao universo original. Vale dizer que, depois de definidas as características individuais, objetiva-se o contato com pessoas dispostas a se expressar, posto que a manifestação própria é imprescindível e, para chegar ao número total de sujeitos, recorre-se ao critério de saturação, isto é, reconhece-se a coleta encerrada quando novas entrevistas passam a apresentar muita repetição do conteúdo já reunido (MORGAN, 1988).

Ademais, segundo Morse & Field (1995: 19), “as questões qualitativas têm características particulares”, e usualmente assentam-se sobre a experiência vivenciada – podendo ser a respeito de como grupos vivem ou enfrentam o cotidiano, qual representação isto gera para cada um e para coletividade. Vale dizer, outra singularidade dessa modalidade é a busca do significado e da intencionalidade (MINAYO, 2006).

Mais especificamente, adotou-se a técnica de grupos focais (GF) para a coleta de dados, com a realização de reuniões para discussões temáticas e o discurso do sujeito coletivo (DSC) para análise do material.

2.2. Grupos focais

Esta técnica consiste na maneira de verificar como as pessoas avaliam uma experiência, uma ideia ou um trato; como definem problemas e quais opiniões, sentimentos e significados encontram-se associados a determinados fenômenos (LERVOLINO & PELICIONI, 2001). Foi utilizada inicialmente, na década de 1950, nas ciências sociais e, posteriormente, adotada pela psicologia social e pelo *marketing*, devido ao baixo custo, à rapidez e confiabilidade dos dados. No campo da saúde, mostra-se presente a partir da década de 1980, inclusive pela influência dos cientistas sociais, com atuações preponderantes para identificação de problemas educativos e avaliação de programas (WESTPHAL, BÓGUS & FARIA, 1996).

São reconhecidas como as principais razões para aplicar GF (DEBUS & NOVELLI, 1994): (i) gerar a possibilidade de interações em grupo, as quais fomentam respostas ricas e originais; (ii) enfatizar a observação, ou seja, o moderador/observador pode perceber o debate e informações sobre atitudes, linguagem e percepções; (iii) reduzir custo e tempo, se comparado à outra técnica de coleta de dados qualitativos por entrevistas a fundo.

Os GF são geralmente compostos com grupos homogêneos, ou seja, é aconselhável que se atue com pessoas que tenham mesmo nível social; acesso ou não de determinado serviço e experiências compatíveis quanto a tema que esteja na pauta de discussão, dado que, a depender do que se investigue, o comportamento pode ser bastante alterado por tais fatores. Compõem-se de reuniões com pequenos círculos (seis a 12 pessoas), com duração de 60 a 90 minutos, dirigidas por um moderador que tem a função de condução, administrando a participação dos presentes. Um observador tem a tarefa de registrar as manifestações não verbais, como expressões faciais e postura corporal (MINAYO, 2006).

Também o local deve proporcionar relativa acomodação, sem ruídos, preferencialmente privativo, sem a presença de estranhos à pesquisa. Nesse contexto, bastante relevante revela-se a disposição dos assentos, permitindo que o moderador estabeleça contato visual com todos os participantes e que não se reproduza qualquer diferenciação entre eles.

Dentre demais acertos de extrema valia na preparação do GF, aspecto fundamental é o roteiro de perguntas, no qual são descritos os temas a serem tratados. Nessa fase, o detalhamento é útil para ajudar, por

servir como orientação para o grupo. Para o presente estudo, elaborou-se inicialmente guia de temas, aplicado no estudo-piloto e ajustado para a coleta de dados. Na sua formulação, levaram-se em conta, além dos objetivos da pesquisa, a existência de questões que, mesmo portando potencial efeito indutor, contivessem suficiente nível de clareza.

Na dinâmica referida, utilizou-se de intervenções com intuito de controlar interferências que impediam a naturalidade do debate, bem como o estímulo à locução de todas. Quanto ao método de moderação, adotou-se o diretivo estruturado, ou seja, trabalhou-se com perguntas dirigidas (DEBUS & NOVELLI, 1994). Na fase de preparação, dentro do possível, seguiram-se as recomendações para o ajuste do ambiente. Durante o GF, logo após solicitados respectivos consentimentos, os dados devem ser registrados da forma mais conveniente, filmado ou gravado, de acordo com as possibilidades existentes: para o caso, empregou-se minigravador Panasonic® RN2021 e microfitas magnéticas de 60 minutos.

2.3. Discurso do sujeito coletivo

Assim obtido o material, aplicou-se a ele, para respectivo plano analítico, a técnica do DSC. Este não opera com esgotamento, nem é exaustivo, mas busca apreender qual é pensamento predominante em determinados tempo e lugar. Segundo a concepção de seus autores (LEFÈVRE & LEFÈVRE, 2003):

O Sujeito Coletivo se expressa através de um discurso emitido no que se poderia chamar de primeira pessoa (coletivo) do singular. Trata-se de um eu sintático que, ao mesmo tempo em que sinaliza a presença de um sujeito individual do discurso, expressa uma referência coletiva na medida em que esse eu fala pela ou em nome de uma coletividade.

Operacionalmente, consiste na sucessão de várias fases, a saber:

- i) identificação das respectivas figuras metodológicas. Basicamente consiste em **expressões-chave (ECH)**, transcrições literais dos dados coletados, para revelar a essência do depoimento ou, mais precisamente, do conteúdo e **ideias centrais (IC)** que apontam o sentido de cada discurso analisado e de cada conjunto de ECH. Surge da descrição de um depoimento ou conjunto deles;
- ii) montagem do banco de dados pré-configurado. Nessa fase, realiza-se a digitação no ambiente

do programa computacional, já tendo em conta a distinção e a caracterização descritas acima;

- iii) categorização das respostas: consiste em explicitar sentido às ECH e agrupar numa categoria inclusiva as que possuem o mesmo significado. A teoria que fundamenta o DSC é a de representações sociais, inaugurada pelo francês Serge Moscovici no final da década de 1950, como forma de entendimento das relações individuais e coletivas, em termos de construção de significados. Essas manifestações podem ser definidas como sendo:

(...) fenômenos complexos que dizem respeito ao processo pelo qual o sentido de um dado objeto é estruturado pelo sujeito no contexto de suas relações, em um processo dinâmico de compreensão e transformação da realidade (VERGARA & FERREIRA, 2005);

- iv) produção do respectivo relatório. Atualmente, o manejo da técnica pode ser facilitado pelo emprego do programa computacional Quali-QuantiSoft®⁵, que auxilia, depois da transcrição e da digitação dos discursos, a operacionalização em categorias, a elaboração do discurso, bem como a produção dos relatórios quantitativos.

2.4. Caracterizando a experiência

A população de referência constituiu-se de adultos jovens do Complexo São Marcos (CSM), localizado na região norte da cidade de Campinas, que resultou de invasão desordenada, ocorrida ao longo das últimas três décadas, vincada pela exclusão social e econômica (MARTINS & RANGEL, 2004). Diversos acordos e convênios entre universidades – como a Unicamp – e organizações não governamentais vêm tentando contribuir para participação social e projetos que interfiram positivamente no dia a dia dos moradores. Atualmente, existem relacionadas ao CSM algumas iniciativas da sociedade civil, com atuação em escola de ensino básico e fundamental, núcleos informais de artesanato e trabalhos com ênfase em arte e educação.

Para a operacionalização do presente estudo, contou-se com apoio do Instituto de Pesquisa Especiais para Sociedade (IPES, 1998), que viabilizou o acesso a tais locais. Com esse intuito, realizou-se contato informal com liderança do bairro, que atua como responsável administrativa da comunidade católica, para se definirem possibilidades no CSM. Depois dessa delimitação,

exercitou-se articulação direta com alguns grupos, quais sejam: (i) jovens ligados à igreja; (ii) Centro Assistencial Vedruna, referência em trabalho com famílias; (iii) e grupo de artesanato. Cogitaram-se opções que envolvem a prática de atividade física, destacadamente *lian gong* oferecido no Centro de Saúde e academia de ginástica do bairro, mas optou-se pela sua não exploração, partindo do pressuposto de que tais vivências implicariam eventual viés de alocação.

Esleu-se para a fase de estudo-piloto o Espaço Esperança, equipamento de múltiplo uso da Prefeitura Municipal de Campinas que atende a 80 crianças no período extraescolar e, além disso, é utilizado para aulas de artesanato, informática e alfabetização de adultos. Para isso, como critério de inclusão, adotou-se ser mãe assistida pelo Programa Viva Leite, iniciativa da Secretaria Estadual de Agricultura e Abastecimento em associação com a Secretaria de Saúde de Campinas, contemplando crianças de seis meses a seis anos e 11 meses, cuja renda familiar fosse de até dois salários mínimos.

Depois de conhecer sumariamente o local e expor respectivos objetivos, realizou-se o GF. Para isso, pesquisadora e observadora participaram da reunião mensal e, logo após, convidaram alguns presentes para compor o grupo estudado. Nem todas aceitaram, e constituiu-se o grupo com sete sujeitos. As voluntárias foram encaminhadas para sala anexa, que, apesar de ser fechada nas laterais e ficar dentro do salão, não era coberta. Isso dificultou o entendimento das falas, como também a gravação das fitas. Havia um círculo de cadeiras, e a situação foi gerenciada com a aproximação das presentes entre si. O material coletado foi transcrito e submetido à imediata análise de consistência, indicando a viabilidade e a adequação do manuseio do equipamento de gravação.

Posteriormente, diante do insucesso de interlocução nas iniciativas vinculadas, iniciou-se diálogo com responsáveis pelo Centro Vedruna (VEDRUNA, 2002), devido à acessibilidade das instalações e à colaboração da coordenação. De caráter socioeducativo, o referido centro conta com equipe de educadores, coordenada por religiosas, desde 1993. Superadas as iniciações burocráticas, definiram-se os aspectos necessários para realização dos GF. Como era proposto contato com as mães, projetou-se a ação na reunião de orientação familiar, convidando-se as participantes. Para garantir número satisfatório, durante a semana antecedente, a assistente social enviou comunicado, lembrando dia e horário do GF. Foram realizados dois grupos contendo sete e cinco voluntárias, respectivamente. Acrescentan-

⁵ Indicações disponíveis em: <<http://www.ipdsc.com.br>>.

do-se as sete pessoas consideradas no estudo-piloto, atingiu-se o total de 19 adultos, de 30 a 72 anos, um homem e 18 mulheres, uma avó e os demais genitores de, pelo menos, duas crianças com idades entre seis e 12 anos. Todos eram habitantes da região do São Marcos, sem portar documentação com emprego registrado, sendo que a maioria contava para fonte de subsistência com programas estatais de apoio social (“Bolsa Escola”, “Bolsa Família” e “Bolsa Leite”).

Observaram-se as normas éticas de pesquisa envolvendo seres humanos, segundo determinações do Conselho Nacional de Saúde (Resoluções n. 196/96 e n. 251/97). O projeto foi homologado na V Reunião Ordinária do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, em 24 de maio de 2005, sob o número 107/2005. Após informados, todos os sujeitos envolvidos assinaram o termo de assentimento livre e esclarecido.

3. RESULTADOS

Considerado o grupo pesquisado, a idade média do primeiro GF revelou-se de 34,4 anos e as senhoras possuíam 3,4 filhos; para o segundo GF, registrou-se a média de 36,4 anos e 3,1 filhos.

Do imenso material recolhido e acumulado, o Quadro I apresenta a forma final do DSC de acordo com respectivas categorias referentes à atividade física e saúde, objetivo básico da investigação e da primeira questão formulada para apreciação pelos participantes. Tem-se aí uma primeira abordagem das concepções e práticas do grupo estudado quanto à inserção da atividade física e saúde em suas cotidianidades. Reiteradamente, referiram-se reminiscências dos tempos havidos na infância, em que o desempenho motor preservado pela memória constituiu-se dos recortes lúdicos da amarelinha, do pular corda, do brincar de roda; gradualmente, concentrou-se na obrigatoriedade da Educação Física escolar no sábado, para se perder na ausência da vida adulta. Nessa fase, o destaque verbalmente reconhecido se anulou no concreto da “falta de oportunidades” da atividade física para quem podia. Em tal cenário de carências – de acessos, de disponibilidades e de profissionais –, a única referência a recurso técnico de política pública setorial foi o “postinho” de saúde, mas, mesmo aí, o exercício vem secundarizado, diante de necessidades mais imediatas.

Quadro I: Forma final do discurso coletivo segundo respectivas categorias referentes à atividade física e saúde

<p>Categoria A – Já fiz atividade física na escola, quando criança. “Na escola que a gente brincava, pulava corda... eu comecei a fazer caminhada também, mas... parei... quando a gente era criança, a gente brincava de roda... essas coisas, amarelinha, pula corda, apesar de que hoje em dia não tem mais isso, as crianças não brincam mais. Na educação física da escola, eu fazia todo sábado. Mas aí eu trabalhava ou estudava... pra sustentar minhas irmãs e minha mãe. Agora vó vê se continuo a estudar.”</p>
<p>Categoria B – Fiz recentemente ou no exercício do trabalho. “Eu fiz lá no postinho do São Marcos... quando eu era mais nova, eu trabalhava na roça, e exercitava bastante com café... serviço de roça, até os filhos da gente ia pra roça com a gente, e ficava andando trás da gente... tava fazendo exercício.”</p>
<p>Categoria C – Não fiz na vida adulta. “Depois de adulto não fiz, eu nunca fiz, quando a gente era criança a gente brincava”</p>
<p>Categoria D – Nunca fiz. “Nunca fiz.”</p>
<p>Categoria E – Atividade física é importante, porém faltam oportunidades. “Eu acho que é muito importante, o médico sempre fala que tem que fazer... antes eu vinha caminhando, não conseguia, e agora eu controlei o diabetes e consigo andar... mas eu acho que depende da atividade que você faz. Porque esses dias eu ouvi na televisão que, antes de você começar a atividade física, você tem que passar pelo médico pra saber que tipo de atividade você pode tá começando a fazer... Mas, às vezes, a gente assim que faz muita coisa, cuida dos filhos, faz isso, faz aquilo, quando a gente vai deitar tá cansada, a gente não lembra nem de se esticar. A gente se preocupa com todo mundo e com você, não. Tem que ter um momento pra gente... Que nem ontem que a gente tava na reunião do leite e eu dei uma ideia que poderia ter um alongamento pras mães. E também por que quando tem uma atividade física é numa academia?... E pra quem não tem condições de pagar? Eu não consigo fazer em casa, você olha para casa, vai ligar a televisão e ficar lá?”</p>
<p>Categoria F – Os recursos modernos afetam a atividade física das pessoas. “É bom pra circulação também, é sempre bom mexer o corpo, se não ele fica preguiçoso, porque hoje, tudo que a gente tem dentro de casa é pra deixar o corpo preguiçoso, não precisa nem levantar pra ligar a televisão, de longe a gente já liga ela.”</p>
<p>Categoria G – Faltam condições. “Às vezes, se você olha assim, você fala ela está desmazelada não faz regime, não se cuida. Mas não é isso, não... Se você for olhar direitinho as coisas que o médico passa pra você do regime... Não tem jeito, não. Como é que você vai deixar de... não é toda a semana que você pode comer carne... Tem mais de uma semana que eu não como uma verdura, (risos) como é que você vai fazer regime sendo que o básico que você pode comprar é o arroz e o feijão... Só tem arroz e feijão, graças a Deus que tem ele... Se tem uma fruta, você acha que vai deixar de dar pro seu filho pra você comer.”</p>

4. DISCUSSÃO

Do volume de informações qualitativas apreendidas nesta investigação, bem como de reflexões por elas sugeridas à luz de respectiva literatura técnica, avultam, desde pronto, alguns aspectos para imediata consideração, destacadamente quanto à iniciativa metodológica adotada.

O método quantitativo já foi posto como maneira de fazer ciência oposta ao do qualitativo. Em busca de melhor entendimento para respostas complexas, desde alguns anos atrás, vem sendo preconizada a utilização de ambos, dessa forma superando conquistas unicamente quantitativas na interpretação de dados, como as análises multivariadas, por exemplo (PEREIRA, 1999). Em outros termos, apesar da sofisticação dos métodos matemáticos disponíveis, alguns conceitos e práticas continuam a desafiá-los, parecendo não se adequarem ou se satisfazerem com a utilização das apreciações numéricas. Questões como as aqui abordadas, como *empowerment*, *advocacy*, *governance* e *accountability*, tratadas no âmbito do significado da ação social, com um grupo de pessoas de baixa renda, merecem destaque. De fato, o estudo qualitativo deve ser o escolhido quando a investigação ocorre em ambiente natural, não previamente preparado ou construído, de modo que haja o envolvimento com as situações reais do cotidiano das pessoas (SILVERMAN, 1997), o que reconhecidamente constitui o caso vertente.

Registre-se que o Grupo de Saúde Coletiva, Epidemiologia e Atividade Física (GSCEAF) tem desenvolvido experiências sobre aplicações metodológicas nesse sentido. Pode-se mencionar a respeito pesquisa (MANTELLINI & GONÇALVES, 2005) referente à adoção em conjunto de ambas as abordagens em mesma iniciativa, por recorrer à análise de conteúdo aliada à utilização do *software* Reference Manager® II. Com efeito, tal técnica é utilizada, de modo geral, para tratamento científico de textos acadêmicos e documentos de órgãos nacionais e internacionais. No caso, o emprego teve como foco principal a produção oficial recente sobre as incapacidades físicas em hanseníase (IFH). O *software* em questão sistematizou as produções consultadas e auxiliou na organização e no controle de referências e respectivas citações. Devido a esta associação, foi possível apresentar as relações existentes entre a atividade física e saúde com as IFH no período de tempo considerado.

Outro aspecto que se singulariza nesta experiência ora descrita consiste na utilização sequencial tanto dos

grupos focais quanto do discurso do sujeito coletivo. Nos GF, as opiniões são vistas como produto de processo dinâmico de interação e debate. Deste modo, sua aplicação ao estudo da recepção não se restringe à busca de interpretação, mas privilegia a processualidade intersubjetiva que a origina, bem como a incorporação que é feita dessas mensagens nos processos públicos de construção identitária, da produção e ampliação de entendimentos sobre o mundo e a realidade vivida e na reflexão sobre a prática cidadã dos participantes (MARQUES & ROCHA, 2006), sendo, portanto, de grande valia no entendimento dos conceitos tratados. Aliou-se, então, aos GF, a prática do DSC: proposta de organização e tabulação de dados qualitativos de natureza verbal obtida de depoimentos, realizada com perguntas abertas, de modo a ensejar que as pessoas expressem seu pensamento. Como recurso metodológico, tem, assim, importante dimensão semiótica que pode também ajudar a sustentação teórica da ação, bem como servir de instrumento para seu desenvolvimento e desdobramento ao organizar, sob forma estritamente enumerativa, através de procedimentos transparentes e padronizados, os sentidos presentes na matéria-prima discursiva das pesquisas de representação social (LEFÈVRE & LEFÈVRE, 2003).

Carvalho (2007) indicou que o DSC é semanticamente mais rico, por ser pleno de conteúdos significativos, pela emersão de variados detalhamentos individuais de um mesmo julgamento do grupo diante do tema proposto, tornando possível descrever, em escala coletiva, os argumentos ou as justificativas associadas à opinião.

Não obstante toda a cuidadosa elaboração metodológica cursada, o discurso que se apreendeu e se reconstruiu dá conta essencialmente de quadro descritivo, que, em si, mais recupera imagens do passado e situa necessidades do presente do que aponta para conquistas do futuro. Permitindo elementos diagnósticos, compatibiliza-se, no referido conjunto de componentes da saúde na comunidade, diretamente ao princípio da interlocução. Pode, portanto, corresponder à fase inicial de amplo processo, a partir do qual as realidades apresentadas possam ser discutidas e as expectativas insinuadas, aprofundadas. Trata-se, então, de viabilizar respectivas informações e condições convergentes.

Nesse sentido, de fato, o Ministério da Saúde, por intermédio da Resolução n. 218 (BRASIL, 1997), reconheceu e oportunizou a inclusão do professor de

Educação Física na equipe de saúde, gerando elementos objetivos que levem profissionais e gestores à adoção de práticas de atividades físicas como respostas institucionais a demandas legítimas reprimidas no âmbito da saúde das pessoas, esta entendida e operada na direção do empoderamento e da autodeterminação.

Em síntese, os resultados obtidos permitiram, como constatações acerca da atividade física e saúde local, respectiva visão sobre os seguintes aspectos: (i) possibilidades e direitos; (ii) limitações e barreiras de oferta, disponibilidade e acesso; (iii) a contribuição do Centro de Saúde na respectiva transferência de informações; e (iv) necessidade de novas abordagens e intervenções.

REFERÊNCIAS

- AGÊNCIA CANADENSE PARA O DESENVOLVIMENTO INTERNACIONAL – ACDI. Programa Brasil-Canadá para Promoção da Equidade. Folheto 2. Canadá, ACDI, 2005. Disponível em: <<http://www.abc.gov.br/download/Folheto2-P.pdf>>. Acesso em: 30 de dezembro de 2006.
- ARATO, Andrew. Representação, soberania popular e accountability. *Lua Nova*, n. 55-56, p. 85-103, São Paulo, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ln/n55-56/a04n5556.pdf>>. Acesso em: 29 de dezembro de 2006.
- BOGDAN, Robert C. & BIKLEN, Sari K. *Investigação qualitativa em educação: uma introdução a teoria e aos métodos*. Tradução de Maria João Alvarez. Porto: Porto Editora, 1994.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução n. 218, de 06 de março de 1997*. Reconhece como profissionais de saúde de nível superior as seguintes categorias: assistentes sociais, biólogos, profissionais de educação física, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos, médicos veterinários, nutricionistas, psicólogos e terapeutas ocupacionais. Brasília: Diário Oficial da União, 5 de maio de 1997. Seção I.
- BRESSER PEREIRA, Luís Carlos. Da administração pública burocrática à gerencial. *Revista do Serviço Público*, v. 120, n. 1, p. 15-21, Brasília, janeiro/abril, 1996.
- CAMPOS, Anna Maria. Accountability: quando poderemos traduzi-la para o português? *Revista de Administração Pública*, v. 24, n. 2, p. 30-50, Rio de Janeiro, fevereiro/abril, 1999.
- CARVALHO, Luzia A. de. Metodologia qualitativa em pesquisa sobre formação de professores. *Educación y Futuro Digital*, 1, p. 1-14, Madrid, junho, 2007. Disponível em: <<http://www.cesdonbosco.com/revista/articulos/2007/junio07/luciaalves.pdf>>. Acesso em: 18 de maio de 2008.
- DALLARI, Sueli G.; BARBER-MADDEN, Rosemary; TORRES-FERNANDES, Marília de Castro; SHUQAIR, Nur Shuqaira Mahmud Said Abdel Qader & WATANABE, Helena Akemi. Advocacia em saúde no Brasil contemporâneo. *Revista de Saúde Pública*, v. 30, n. 6, p. 592-601, São Paulo, December, 1996.
- DEBUS, Mary & NOVELLI, Porter. Manual para excelencia em la investigación mediante grupos focales. Washington: Academy for Education Development, 1994.
- ESSED-FERNANDES, Monique. Saúde, empoderamento, direito e responsabilidade. Tradução de Andrea Romani. International Women's Health Coalition, s/d. Disponível em: <<http://portugues.iwhc.org/docUploads/HERAactionsheets%5Fpo.pdf>>. Acesso em: 29 de dezembro de 2006.
- GONÇALVES, Aguinaldo. A saúde e a atividade física no trabalho, sociedade e meio ambiente: refêns de velhos totens? In: VILARTA, Roberto; CARVALHO, Teresa Helena P. F.; GONÇALVES, Aguinaldo & GUTIERREZ, Gustavo L. (orgs.). *Qualidade de vida e fadiga institucional*. 1. ed. Campinas: Ipes Editorial/Preac – Unicamp, 2006.
- IERVOLINO, Solange A. & PELICIONI, Maria Cecília F. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 35, n. 2, p. 115-25, São Paulo, junho, 2001.
- INSTITUTO PESQUISA ESPECIAIS PARA A SOCIEDADE – IPES. Como funciona o Ipes? Campinas: Ipes, 1998. Disponível em:

REFERÊNCIAS

<<http://www.unicamp.br/preac/ipes/index.html>>. Acesso em: 10 de julho de 2006.

LEFÈVRE, Fernando & LEFÈVRE, Ana Maria C. *O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos)*. Caxias do Sul: Educs, 2003.

MANTELLINI, Glaucia G. & GONÇALVES, Aguinaldo. Incapacidades físicas em hanseníase: coisa do passado ou problema do futuro? In: X CONGRESSO BRASILEIRO DE HANSENOLOGIA. *Anais...* Recife: SBH. Hansenologia Internationalis, 2005. Suplemento. Resumo disponível em: <<http://www.unicamp.br/fe/indexnew.htm>>. Acesso em: 10 de junho de 2008.

MARQUES, Ângela Cristina S. & ROCHA, Simone Maria. A produção de sentidos nos contextos de recepção: em foco o grupo focal. *Revista Fronteiras – Estudos Midiáticos*, v. 8, n. 1, p. 38-53, São Leopoldo, janeiro/abril, 2006.

MARTINS, José Pedro S. & RANGEL, Humberto de A. Campinas: no rumo das comunidades saudáveis. Campinas: Ipes, 2004.

MINAYO, Maria Cecília de S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 9. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

MORGAN, David. *Focus groups as qualitative research*. Newbury Park, California: Sage Publications, 1988.

MORSE, Janice M. & FIELD, Peggy Anne. *Qualitative research methods for health professionals*. 2. ed. London: Sage Publications, 1995. Apud: NUNES, Everardo D. A metodologia qualitativa em saúde: dilemas e desafios. In: BARROS, Nelson F. de; CECATTI, José G. & TURATO, Egberto R. (orgs.). *Pesquisa qualitativa em saúde: múltiplos olhares*. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas/Unicamp, 2005.

OLIVEIRA, Valdir de C. Comunicação, informação e participação popular nos conselhos de saúde. *Saúde e Sociedade*, v. 13, n. 2, p. 56-69, São Paulo, maio/agosto, 2004.

PEREIRA, Júlio César R. *Análise de dados qualitativos: estratégias metodológicas para as Ciências da Saúde, Humanas e Sociais*. São Paulo: Edusp, 1999.

RISSEL, Christopher. Empowerment: the holy grail of health promotion (abstract). *Health Promotion International*, v. 9, n. 1, p. 39-47, 1994.

SANTOS, Luís Gustavo L. dos. Mostra TIC 2006 destacará transparência na gestão pública. Portal Serpro, 2006. Disponível em: <http://www.serpro.gov.br/noticias-antigas/noticias-2006/20060109_02>. Acesso em: 31 de maio de 2006.

SILVERMAN, David. *Qualitative research: theory, method and practice*. London: Sage, 1997.

STOTZ, Eduardo N. & ARAÚJO, José Wellington G. Promoção da saúde e cultura política: a reconstrução do consenso. *Saúde e Sociedade*, v. 13, n. 2, p. 5-19, São Paulo, maio/agosto, 2004.

TURATO, Egberto R. *Tratado de metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas*. Petrópolis: Vozes, 2003.

VASCONCELOS, Eduardo M. O poder que brota da dor e da opressão: *empowerment*, sua história, teorias e estratégias. São Paulo: Paulus, 2004.

VEDRUNA. Folheto explicativo. Associação Civil Carmelitas da Caridade. Centro Assistencial Vedruna: defendendo e promovendo a vida. Campinas: 2002.

VERGARA, Sylvia C. & FERREIRA, Victor Cláudio P. Representação social de ONGs segundo formadores de opinião. *Revista de Administração Pública*, v. 39, n. 5, p. 1.141, Rio de Janeiro, setembro/outubro, 2005.

WALLERSTEIN, Nina. Powerlessness, empowerment, and health: implications for health promotion programs. *American Journal of Health Promotion*, v. 6, n. 3, p. 197-205, January/February, 1992.

WESTPHAL, Márcia F.; BÓGUS, Claudia Maria & FARIA, Mara de M. Grupos focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. *Boletim de la Oficina Sanitaria Panamericana*, v. 120, n. 6, p. 472-482, Washington-DC, junho, 1996.

Contribuições dos autores

Carla Cristina C. Leo e Carolina Marteli-Nikolai contribuíram na revisão; Aguinaldo Gonçalves participou da concepção, do acompanhamento, da análise, da formulação e da revisão; e Ana Paula M. Vicentin executou todas as fases do trabalho.

Endereço para correspondência:

Aguinaldo Gonçalves. Rua Luverci Pereira de Souza, n. 1.151 - Cidade Universitária - Barão Geraldo - Campinas - São Paulo CEP 13 083-730 - Tel.: (55) 19 3289-5022.
E-mail: aguinaldogon@uol.com.br.