

Potencialidades da técnica qualitativa *grupo focal* em investigações sobre abuso de substâncias*

Qualitative research methods in drug abuse research: discussing the potential use of focus group in Brazil

Beatriz Carlini-Cotrim

Departamento de Psicobiologia da Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, SP - Brasil

Resumo

Descreve-se e discute-se o grupo focal, método qualitativo de coleta de dados de ampla aplicação na Saúde Pública. Especial ênfase é conferida às potencialidades do uso do grupo focal em investigações, na área de abuso de drogas.

Pesquisa, métodos. Grupos de estudo, utilização. Abuso de substâncias.

Abstract

The focus group, a qualitative research method useful for Public Health investigation, is described and discussed. The potential application of the focus group method in drug abuse research in Brazil is emphasized.

Research, methods. Focus group, utilization. Substance abuse.

INTRODUÇÃO: O CONTEXTO

Durante as décadas de 60 e 70, as pesquisas conduzidas na América do Sul sobre o abuso de substâncias psicoativas focaram-se sobretudo nas formas severas e crônicas de ingestão de álcool, principalmente o alcoolismo⁹. Este e os problemas relacionados ao álcool eram vistos na época como uma doença de evolução previsível, associada a um processo biológico único subjacente, que daria a base para todas as características patológicas da ingestão de álcool nos indivíduos doentes⁹. Assim, as pesquisas desse período utilizavam basicamente metodologia e amostragens clínicas, que visavam a entender a

etiologia da doença alcoolismo e seu possível tratamento. Não ofereciam, nessa medida, informações sobre o padrão de uso de álcool e outras substâncias em populações não-clínicas.

Nas últimas décadas, vem se observando na América do Sul uma maior sofisticação metodológica e a ampliação do foco das pesquisas nessa área⁹. Sem que o álcool tenha sido negligenciado como objeto de investigação, solventes, medicamentos psicotrópicos e substâncias ilegais passaram a ser também pesquisados². Da mesma forma, a abordagem de cunho predominantemente biológica, centrada na descrição da doença e procura da cura, foi substituída por enfoque mais amplo. Assim, passaram a ser de-

* Trabalho realizado com o apoio financeiro do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico/CNPq e do Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas/Universidade Federal de São Paulo.

Correspondência para / Correspondence to: Beatriz Carlini-Cotrim - Departamento de Psicobiologia da Universidade de São Paulo. R. Botucatu, 862 - Vila Clementino - 04023-062. São Paulo, SP - Brasil. Fax:(011) 571-8345.

Edição subvencionada pela FAPESP. Processo 95/2290-6.

Recebido em 30.1.1995. Representado em 3.8.1995. Aprovado em 7.2.1996.

envolvidas pesquisas epidemiológicas em diferentes populações, visando a descrever a prevalência e os padrões de consumo das diversas substâncias, assim como detectar fatores de risco e de proteção para a manifestação desses comportamentos⁹. Superada a visão estritamente biológica, a prevenção, e não somente o tratamento passou a ser considerada importante tática na abordagem do problema.

A situação brasileira é bem ilustrativa desse novo momento: desde o fim da década de 70 vem se observando a profusão de vários levantamentos epidemiológicos de nível local, sem que as pesquisas clínicas tenham parado de avançar⁹. A partir do fim dos anos 80, levantamentos de abrangência nacional realizados com população estudantil^{11, 12, 15}, população geral³ e crianças e adolescentes em situação de rua^{32, 37} passam a ser publicados.

Assim, embora ainda haja muito espaço para ampliar, aprofundar, sofisticar e precisar investigações epidemiológicas sobre o consumo de substâncias no Brasil, a situação está muito longe de ser crítica. Os dados disponíveis atualmente já permitem o delineamento de prioridades na definição de políticas públicas na área, seja através da análise de prevalência de consumo em diferentes segmentos sociais, seja na detecção (ainda que embrionária) de situações de maior risco para abuso ou na hierarquização das diversas substâncias em termos de consumo e problemas associados.

Mas, se esse quadro coloca o Brasil numa situação de relativo conforto nesse campo, o mesmo não acontece em relação à realização de investigações de caráter qualitativo, que procurem entender o uso das várias substâncias psicotrópicas ou mesmo a maior ou menor popularidade de intervenções terapêuticas e preventivas sob a ótica cultural dos diferentes grupos sociais. A inexistência de pesquisas qualitativas sobre drogas no Brasil é quase total; além do mais, os poucos trabalhos devotados a esta tarefa, como por exemplo os de Adiala¹, MacRae²⁵, MacRae e Simões²⁶ e Velho⁴¹, não atravessaram a rigorosa fronteira que demarca as disciplinas das ciências sociais das disciplinas da área médica, detentoras quase que exclusivas da produção acadêmica sobre o assunto.

Não é propósito do presente trabalho conjecturar sobre as possíveis raízes dessa realidade, presente com maior ou menor intensidade em vários países e já discutidas com propriedade por outros autores^{16, 27, 30, 46}. Mas cabe aqui enfatizar que a contribuição das ciências sociais, no entendimento de comportamentos ligados à saúde e doença, tem sido considerado cada vez mais essencial para o desenvolvimento apropriado de ações de prevenção, em parte

pelos resultados frustrantes que ações de intervenção baseadas somente no enfoque médico e biológico vem apresentando nos vários ramos da saúde pública²⁷. Como apropriadamente comenta Gilbert¹⁶: “Para modificar comportamentos é necessário primeiro que se entenda o contexto em que eles ocorrem e os significados e importância atribuídos a ele pelos seus agentes. Enquanto um pouco do contexto e significados associados a um comportamento são pessoais e particulares, uma grande parcela destes são culturalmente moldados e socialmente construídos.”(p. 128).

O grupo focal, técnica de pesquisa qualitativa, tem sido internacionalmente usado para a estruturação de ações em saúde pública que levem em conta as inquietações aventadas acima. Relativamente simples e rápido, o grupo focal parece responder a contento a nova tendência de educação para a saúde, que tem se deslocado da perspectiva do indivíduo para o do grupo social e da educação calçada em conteúdos e das abordagens universais para a educação centrada na perspectiva cultural dos seus possíveis beneficiários^{30, 46}.

O presente artigo descreve e discute as características do grupo focal e ilustra algumas de suas aplicações em investigações sobre o uso, abuso e dependências de substâncias psicotrópicas.

CARACTERÍSTICAS ESSENCIAIS DO GRUPO FOCAL

O grupo focal é um método de pesquisa qualitativa que pode ser utilizado no entendimento de como se formam as diferentes percepções e atitudes acerca de um fato, prática, produto ou serviços²³. O grupo focal não é, em geral, considerado adequado para estudar a frequência com que determinados comportamentos ou opiniões ocorrem.

Trata-se de um tipo especial de grupo em termos do seu propósito, tamanho, composição e dinâmica. Basicamente, o grupo focal pode ser considerado uma espécie de entrevista de grupo, embora não no sentido de ser um processo onde se alternam perguntas do pesquisador e resposta dos participantes. Diferentemente, a essência do grupo focal consiste justamente em se apoiar na interação entre seus participantes para colher dados, a partir de tópicos que são fornecidos pelo pesquisador (que vai ser no caso o moderador do grupo)³¹. Uma vez conduzido, o material obtido vai ser a transcrição de uma discussão em grupo, focada em um tópico específico (por isso grupo *focal*).

Tipicamente, o grupo focal é composto de seis a dez participantes que não são familiares uns aos ou-

tros. Estes participantes são selecionados porque eles apresentam certas características em comum que estão associadas ao tópico que está sendo pesquisado através do grupo focal. Sua duração típica é de uma hora e meia^{23, 31}.

A coleta de dados através de grupo focal tem como uma de suas maiores riquezas se basear na tendência humana de formar opiniões e atitudes na interação com outros indivíduos²³. Ele contrasta, nesse sentido, com dados colhidos em questionários fechados ou entrevistas individuais, onde o indivíduo é convocado a emitir opiniões sobre assuntos que talvez ele nunca tenha pensado a respeito anteriormente. As pessoas em geral precisam ouvir as opiniões dos outros antes de formar as suas próprias. E constantemente mudam de posição (ou fundamentam melhor sua posição inicial) quando expostas a discussões de grupo^{23, 31}. É exatamente este processo que o grupo focal tenta captar.

Cabe ao pesquisador moderador do grupo criar um ambiente propiciador para que diferentes percepções e pontos de vista venham à tona, sem que haja nenhuma pressão para que seus participantes votem, cheguem a um consenso ou estabeleçam algum plano. Este ambiente relaxado e condutor de troca de experiências e perspectivas deve ser também garantido através de outros cuidados:

a) Seus participantes não devem idealmente pertencerem ao mesmo círculo de amizade ou trabalho. Isto visa a evitar que a livre expressão de idéias no grupo seja prejudicada pelo temor do impacto (real ou imaginário) que essas opiniões vão ter posteriormente³¹. O grupo focal deve procurar mimetizar, segundo Krueger²³, aquelas longas conversas que freqüentemente duas pessoas desconhecidas se engajam durante uma viagem de avião. A franqueza e a profundidade de troca de experiências ocorridas num contexto como esse muitas vezes são especialmente ricas justamente pelo fato dos seus participantes não terem nenhum compromisso posterior de se verem ou conviverem a partir desse encontro casual. Embora essa característica do grupo focal seja altamente desejável, ela nem sempre é possível, como é o caso, por exemplo, da utilização de grupos focais para coleta de dados em pequenas comunidades⁴⁵.

b) Seus participantes devem ser homogêneos em termos de características que interfiram radicalmente na percepção do assunto em foco, visando a garantir um clima confortável para a troca de experiências e impressões de caráter muitas vezes pessoal. Em pesquisas sobre abuso de substâncias, por exemplo, é freqüente a constituição de diferentes subgrupos para as diversas faixas etárias, gênero, orienta-

ção sexual, renda e etnia. É importante enfatizar, no entanto, que a busca de homogeneidade em algumas características pessoais não deve implicar na busca de homogeneidade na percepção do problema. Se assim fosse, o grupo focal perderia sua riqueza fundamental, que é o contraste de diferentes perspectivas entre pessoas semelhantes. Enfim, para Morgan³¹, os participantes devem ser selecionados de modo que o grupo não resulte em incontornáveis discussões frontais ou em recusa sistemática de emitir opiniões.

Em um estudo que utilize grupo focal, as discussões são conduzidas várias vezes, com diferentes grupos, visando a identificar tendências e padrões na percepção do que se definiu como foco do estudo^{23, 31, 45}. A análise sistemática e cuidadosa das discussões vai fornecer pistas e "insights" sobre como um produto, serviço ou plano é percebido.

O EMPREGO DO GRUPO FOCAL NO ESTUDO DE QUESTÕES DE SAÚDE

Embora o grupo focal seja já bastante antigo, sua utilização por pesquisadores da área de saúde ou mesmo em qualquer outro setor do conhecimento acadêmico é relativamente recente. Proposto primeiramente pelo cientista social Robert Merton, na década de 50, o grupo focal foi ignorado pelos pesquisadores universitários³¹. O mesmo não aconteceu entre os pesquisadores de "marketing", que imediatamente o incorporaram como uma de suas mais valiosas técnicas de pesquisa, seja pelo seu relativo baixo custo, seja pela rapidez com que o grupo focal fornece dados válidos e confiáveis^{23, 31}.

Na área de saúde, o grupo focal tem sido mais consistentemente usado a partir dos meados dos anos 80. Como pode ser observado na Tabela 1, resultado de consulta realizada nos arquivos computadorizados do MEDLINE, praticamente inexistiam estudos publicados até 1984 que utilizassem grupo focal. Em compensação, os últimos cinco anos (1990-94) foram marcados por um expressivo aumento de pesquisas utilizando o método, com uma média de dois trabalhos publicados por mês.

Tabela 1 - Números de trabalhos citados no sistema MEDLINE que apresentam o termo "grupo focal" no título ou resumo, de 1966 a novembro de 1994.

Período de publicação	Número de publicações
1966 - meados de 1966	zero
Meados 1966 - 1984	9
1985 - 1989	22
1990 - 1994	122
Total	153

Dentre os 153 trabalhos localizados no MEDLINE, os Estados Unidos inequivocadamente lideram, com o maior número de publicações (n=73). As publicações restantes são distribuídas de maneira relativamente equilibrada (1 a 8 trabalhos) entre outros 25 países. O Brasil é representado em duas publicações^{10, 34}, ambas realizadas em colaboração com investigadores norte-americanos.

Tabela 2 - Utilização do método do "grupo focal" em publicações compiladas no sistema MEDLINE, de 1976 a 1994, segunda a área de investigação.

Área de investigação	Números de trabalhos *
Comportamento sexual, STD	26
Plan. familiar, puericultura	23
Avaliação/planejamento de serviços de saúde	20
Nutrição	14
Abuso de álcool, tabaco, drogas	10
Proteção à infância/adolescência	8
Câncer	6
Velhice	6
Imunização	4
Outros	17
Total	134

* Dezenove trabalhos não foram incluídos por discutirem o método do ponto de vista teórico, sem referência a uma área específica de aplicação.

Como pode ser visto na Tabela 2, o grupo focal vem sendo empregado para colher dados qualitativos sobre os mais variados temas de saúde; sexualidade/AIDS, planejamento familiar, avaliação de serviços e profissionais de saúde, nutrição, imunização, drogas, câncer. Da mesma forma, a posição que o grupo focal vai ocupar na investigação realizada também vai variar: alguns trabalhos usam o grupo focal para ajudar na formulação de questionários para pesquisas quantitativas^{13, 33, 43, 44}; vários os utilizam em combinação com outros métodos qualitativos, como observação participante ou entrevistas em profundidade^{20, 24, 28, 36, 42}; alguns o combinam com "surveys"²² e alguns o utilizam sozinho^{6, 14, 18, 19, 29, 35, 38, 39}.

COMO MONTAR, CONDUZIR E ANALISAR DADOS DE GRUPO FOCAL

Montagem

O planejamento e montagem do grupo focal é talvez a parte mais trabalhosa de um estudo que utilize esse método de pesquisa³¹. É claro que, como qualquer outro estudo, as possibilidades a serem consideradas vão depender de dois fatores básicos: tempo e recursos financeiros. De qualquer maneira, há

demandas que precisam ser respondidas e que se referem basicamente ao recrutamento de participantes, a escolha de um moderador e seu assistente, aos recursos técnicos para gravação das sessões, local para realização dos trabalhos dos grupos e profissionais para transcrever e analisar os dados^{23, 31}.

O recrutamento dos participantes vai ocorrer após a clara determinação do grupo social que se quer estudar. É importante ter em mente que pesquisa qualitativa, como é o caso de grupo focal, não trabalha com amostras probabilísticas e nem visa a estudar a frequência com que determinado comportamento ou opinião ocorre³¹. Trata-se sim, como já discutido anteriormente, de utilizar o grupo focal no entendimento de como diferem e se formam diferentes percepções, opiniões e atitudes acerca de um fato, produto ou serviço²³.

Assim, definida as características das pessoas ou o grupo social a ser estudado, seu recrutamento deve visar abarcar sua variabilidade (etária, de gênero, de classe social, se for o caso) e ter em vista as observações feitas em tópico anterior sobre a importância de se evitar alocarem em um só grupo pessoas do mesmo círculo imediato de convivência ou que apresentem características muito contrastantes. Mas, observadas estas regras básicas, o recrutamento de voluntários pode se dar: de modo aleatório pelo telefone, utilizando-se um breve questionário de "screening" para selecionar os participantes adequados; por anúncios de jornal; através do atendimento em serviços de saúde pertencentes a população-alvo do estudo (método de bola de neve⁴⁰), ou através de informantes-chave da comunidade em questão¹⁷. A possibilidade de fornecer algum incentivo aos seus participantes (almoço em um restaurante, participação em sorteio, pagamento em dinheiro) pode ser fator de peso na possibilidade de sucesso do recrutamento.

Enfim, qualquer método que se adote, é recomendado recrutar cerca de 20% a mais de pessoas do que realmente será necessário para a condução de cada grupo focal, no sentido de se prevenir contra ausências inesperadas de participantes³¹.

O número de grupos focais necessários para completar um estudo vai variar bastante, sendo possível encontrar na literatura desde apenas quatro⁷ até 414⁴¹. Há um certo consenso, no entanto, de que quatro grupos focais para cada subgrupo homogêneo definido pelo estudo é suficiente para se obter os dados necessários. Assim, um estudo sobre a percepção do lança-perfume como droga psicotrópica por adolescentes de classe média poderia ser concluído com 16 grupos focais, caso se considerasse necessária a divisão dos participantes por sexo e pelo fato de já

terem ou não cheirado lança-perfume pelo menos uma vez na vida (4 grupos focais x 4 subgrupos homogêneos). Caso haja possibilidade de se garantir 6 a 8 grupos focais homogêneos, o trabalho pode se enriquecer em termos de maior detalhe e profundidade³¹. Nesse sentido, o número de grupos focais vai ser definido em função das subdivisões (sexo, idade e outros) que o estudo apresentar e, obviamente, do orçamento em pauta.

O moderador, peça-chave para o desenvolvimento satisfatório do grupo, deve preferencialmente ter treinamento específico para tal e/ou ser membro da equipe responsável pelo estudo. Seu papel fundamental é garantir, através de uma intervenção ao mesmo tempo discreta e firme, que o grupo cubra os tópicos de interesse do estudo da maneira menos diretiva possível³¹. O moderador deve contar com a presença de um assistente ao qual caberá observar a conduta do grupo, auxiliar na anotação de acontecimentos-chave e, eventualmente, intervir na condução do grupo²³.

O local onde o grupo focal vai se realizar deve idealmente ser neutro, acessível, quieto, não movimentado e composto de uma sala com mesa retangular ou oval e cadeiras^{23,31}. Mas a utilização de residências, escritórios, salões de igreja ou salas de aula não é incomum^{23,40,45}. Qualquer que seja a opção, no entanto, a maior privacidade possível e silêncio suficiente para a obtenção de fitas gravadas audíveis são recomendados.

Finalmente, é preciso prever um montante razoável de tempo dedicado à transcrição de fitas e sua análise, que serão peças-base do relatório final de pesquisa. Se a transcrição pode ser tarefa de profissionais não pertencentes ao grupo de investigadores responsáveis, o mesmo obviamente não acontece com a análise dos dados, que deve constar do cronograma da equipe central de pesquisadores.

Condução

O trabalho de boa condução de um grupo focal começa no momento em que o primeiro participante entra na sala de discussão. Além de receber cada participante de maneira cordial, cabe ao moderador e ao seu assistente criar um ambiente agradável de espera e evitar ao máximo que o tema do grupo focal seja abordado precocemente em conversas informais, o que eventualmente pode “esfriar” a discussão no momento formal de coleta de dados. Nesse sentido, é recomendada a escolha prévia de alguns assuntos neutros a serem abordados antes do início dos trabalhos: tópicos como o clima, trânsito, facilidade de localizar o local da reunião, entre outros, são fre-

qüentemente escolhidos²³. É muito comum também a distribuição de uma folha de auto-preenchimento visando a obter informações básicas sobre o participante (idade, sexo, profissão), para posterior controle da equipe de pesquisa; esta folha pode ser distribuída antes do início da sessão para os que chegam cedo e no fim para os retardatários ou estritamente pontuais³¹. Uma vez iniciados os trabalhos, a palavra cabe primeiramente ao moderador, que vai se apresentar e brevemente expor os objetivos da pesquisa e do grupo, de modo honesto mas genérico. Segundo Morgan³¹, a melhor maneira de introduzir o que se espera daquele grupo é francamente admitir que o moderador está lá para aprender. Só que este deve aprender ser colocado em termos de “entendimento incompleto” e não de total ignorância, o que obviamente pode soar falso. O segundo passo é explicar a forma de funcionamento do grupo, onde, além das regras gerais, deve ser explicitamente enfatizado que não se busca consenso na discussão a ser empreendida e que a divergência de perspectivas e experiências é extremamente bem-vinda. Alguns autores recomendam que tal comentário seja feito pelo menos uma vez durante o decorrer da sessão. Faz-se então uma breve rodada de apresentação dos participantes, que serve como quebra de gelo inicial e como uma última tática para esperar os retardatários. Tipicamente não se admite mais a entrada de pessoas a partir desse ponto. Daí para a frente, inicia-se a exploração do foco do estudo.

A condução do grupo focal se dá a partir de um roteiro de tópicos, relacionados obviamente com as questões de investigação que o projeto em pauta visa a responder. Como a proposta do método é desenvolver uma discussão *focada* em um tema específico, recomenda-se que esse roteiro contenha entre 2 e 5 tópicos no máximo, dependendo do tempo disponível, do número de participantes e do estilo do moderador (mais ou menos diretivo)^{23,31}. Estes tópicos não devem ser expressos ao grupo em forma de perguntas, mas na forma de “dicas”, de pequenos estímulos para introduzir o assunto: tipicamente trata-se de uma solicitação para comentar algo ou descrever alguma experiência. Mas podem também serem utilizados como estímulos cartazes, figuras, filmes ou uma estória. Algo sucinto, mas que instigue a discussão. A definição deste roteiro de tópicos deverá obviamente ter sido feita *a priori*, através de uma discussão da equipe central do trabalho. Recomenda-se que ele seja flexível o suficiente para sofrer modificações de pequeno porte a partir de sua utilização.

Durante a condução do grupo, cabe ao modera-

dor exercer os mais variados papéis: solicitar esclarecimento ou aprofundamento de pontos específicos, conduzir o grupo para o próximo tópico quando um ponto já foi suficientemente explorado, estimular os tímidos, desestimular os tipos dominadores, que não conseguem parar de falar, entre outros^{23, 31, 45}. Cabe também ao moderador finalizar o grupo, solicitando uma última rodada de fechamento. Aqui, ao contrário dos procedimentos recomendados antes do início do grupo, vale a pena estimular comentários, caso o assunto em pauta continue sendo abordado após o término formal do grupo. É possível que alguma perspectiva nova sobre o assunto seja lançada justamente nesse momento final³¹.

Análise dos Dados

Os dados colhidos através de grupos focais são de natureza qualitativa. Isto vai implicar a necessidade de se analisar os dados também de forma qualitativa. Ou seja, não há tratamento estatístico envolvido, mas um conjunto de procedimentos que visam a organizar os dados de modo que eles revelem, com a objetividade e isenção possíveis, como os grupos em questão percebem e se relacionam com o foco do estudo em pauta.

As duas maneiras básicas de se proceder à análise são os sumários etnográficos e a codificação dos dados via análise de conteúdo³¹. A diferença principal entre estes dois procedimentos é que o primeiro vai repousar nas citações textuais dos participantes do grupo, que vão assim ilustrar os achados principais da análise, enquanto o segundo enfatiza a descrição numérica de como determinadas categorias explicativas aparecem ou estão ausentes das discussões, e em quais contextos isto ocorre. Cabe comentar que eles não são excludentes entre si, sendo possível combiná-los em um só relatório de análise.

Como em qualquer análise qualitativa²¹, é necessário ao menos duas pessoas envolvidas na análise dos dados, que vão primeiramente o fazer de maneira independente entre si. O primeiro passo é possibilitar a imersão de cada pesquisador nos dados obtidos, através de uma leitura de todo o material obtido (transcrição das fitas gravadas), seguida da anotação das categorias qualitativas que sejam evidenciadas a partir desse primeiro contato sistemático com os dados. A partir daí, é necessário que os dois profissionais envolvidos na análise verifiquem seus achados, confirmem as semelhanças e diferenças, e cheguem, através da constante revisão dos dados, a um consenso do que deve ser mantido

como achados legítimos do material obtido ou eliminado.

Cabe esclarecer que muitas vezes o processo de análise acontece de modo simultâneo com a coleta de dados. Por adotar um processo indutivo, onde as categorias e hipóteses explicativas se formam a partir dos dados, é procedimento habitual de pesquisa qualitativa refletir e analisar resultados parciais, visando melhor adequar os procedimentos de coleta de dados aos objetivos da pesquisa.

Exemplo do tipo de resultado obtido mediante análise qualitativa de grupos focais pode ser encontrado em Beck e Bargman⁷, que estudaram o envolvimento com álcool de adolescentes de origem hispânica nos Estados Unidos, visando a entender os diferentes estilos de beber, não em termos do padrão epidemiológico de consumo, mas das diversas situações de vida desse grupo social onde o álcool estava presente. Através da análise da transcrição de quatro grupos focais por dois pesquisadores, identificaram-se as seguintes categorias: beber por diversão, beber por competição, beber para ficar bêbado e beber para alívio. Cada um desses padrões tinha, na perspectiva dos adolescentes hispânicos, diferentes significados. O beber por diversão era sempre visto como não excessivo, desde que cumpria o papel de ajudar a socialização entre os jovens; beber por competição acontecia entre os adolescentes do sexo masculino e estava associado à prova de virilidade através de competições de quem agüentava beber mais; já os dois últimos eram associados com problemas emocionais ou de família. Os mesmos autores⁷ descobriram também, através da coleta e análise desses dados, que o dirigir embriagado era frequentemente considerado mais seguro do que o dirigir sóbrio, entre esses jovens. A visão deles era de que quando o jovem dirigia embriagado ele tinha tanto medo de ser flagrado pela polícia (as penas nesse caso são extremamente severas nos EUA) que acabava prestando muito mais atenção ao volante e às regras de trânsito do que quando estava sóbrio. Enfim, dados interessantes e inovadores, sem dúvida passíveis de serem usados com riqueza em programas preventivos ao abuso de álcool nessa população. É este o tipo de resultado que uma análise qualitativa de dados de grupo focal pode oferecer.

O material necessário para proceder à análise é tipicamente tesoura e cola e/ou pincéis atômicos de diferentes cores. Este material permitirá aos pesquisadores a divisão dos vários trechos da discussão em grupo por temas similares, a comparação dos contextos, a definição de categorias com suas respectivas citações, entre outros. Recentemente, alguns grupos de pesquisa já têm

se utilizado de programas de computador especialmente formulados para análises qualitativas^{5, 8}, como é caso do Anthropac ou do Ethnograph.

COMENTÁRIOS FINAIS

O método do grupo focal discutido no presente trabalho pode ser utilizado em estudos de saúde pública para vários propósitos: gerar hipóteses sobre um assunto a partir da perspectiva dos informantes selecionados; avaliar um serviço ou intervenção; fornecer um quadro inicial para estudo de um campo até então não explorado cientificamente; obter a interpretação de um determinado grupo sobre resultados quantitativos obtidos em estudos prévios ou contribuir para a montagem e testagem de questionários e escalas para projetos de pesquisa quantitativos^{23, 31, 45}.

Mas a possibilidade do grupo focal ser útil não implica que ele vai ser sempre adequado para abarcar um tema de investigação. Temas de natureza muito pessoal e delicada possivelmente apresentarão resultados decepcionantes se abordados em grupo focal. Da mesma forma, é preciso ter em mente que estudos com grupo focal não oferecem boas estimativas de frequência, uma vez que não é esse o seu propósito. Ou seja, a adoção de grupos focais em um determinado projeto deve ser bastante refletida, como, aliás, a adoção de qualquer método.

Finalmente, cabe finalizar ressaltando que a atual

popularidade do grupo focal na saúde pública reflete a salutar disposição de combinar métodos e perspectivas de várias disciplinas para a compreensão de fenômenos que, de modo cada vez mais claro, não conseguem ser abarcados e enfrentados dentro dos limites territoriais artificialmente construídos entre as várias áreas de saber. Como conclui o investigador sul-africano Yatch⁴⁶, em seu recente artigo: “O profissional da ‘nova’ saúde pública seria aquele treinado em países em desenvolvimento numa perspectiva integrada, onde assuntos como antropologia, sociologia e epidemiologia, entre outros, seriam intrinsecamente articulados num mesmo armamentário. Essa pessoa estaria então apta a usar a melhor mistura de métodos e disciplinas quando requisitada a abordar problemas. Para se alcançar isso, no entanto, será necessário esforço considerável, desde que seja percebido por vários ‘territorialistas’ das disciplinas como uma ameaça. Mas os ganhos à saúde pública devem ser enfatizados” (p. 611).

AGRADECIMENTOS

À Sandra Tavares, Lucia Miguel, Iara Yoshinaga e Silvia Lafer que durante 1993 compartilharam comigo a discussão e leitura de diversos textos sobre o assunto deste artigo. À Sandra Tavares, Patricia Vidal e Lucia Miguel pelo auxílio na aplicação experimental de grupos focais. À Dra. Helena Barros, pela cuidadosa revisão do manuscrito.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ADIALA, J. *O problema da maconha no Brasil: ensaio sobre racismo e drogas*. Rio de Janeiro, IUPERJ, 1986. (Série Estudos 52).
2. ALMEIDA-FILHO, N.; SANTANA, V. S.; PINTO, I. M.; CARVALHO-NETO, J. A. Is there an epidemic of drug misuse in Brazil? A review of the epidemiologic evidence. *Int. J. Addict.*, **26**:355-69, 1991.
3. ALMEIDA-FILHO, N.; MARI, J. J.; COUTINHO, E.; FRANÇA, F. F.; FERNANDES, J. G.; ANDREOLI, S. B.; BUSNELLO, E. D. Estudo multicêntrico de morbidade psiquiátrica em áreas urbanas brasileiras (Brasília, São Paulo, Porto Alegre). *Rev ABP-APAL*, **14**:93-104, 1992.
4. AMARO, H. & GORNEMANN, I. *HIV/AIDS knowledge: attitudes, beliefs and behaviors among Hispanics in the Northeast and Puerto Rico; report of findings and recommendations*. Northeast Hispanics AIDS Consortium, Boston, EUA, 1992.
5. BAKER, C. A. Computer applications in qualitative research. *Computer in Nurs.*, **6**:211-4, 1988.
6. BARAFF, L. J.; BERNESTEIN, E.; BRADLEY, K.; FRANKEN, C.; GERSON, L. W.; HANNEGAN, S. R.; KOBER, K. S.; LEE, S.; MAROTTA, M.; WOLFSON, A. B. Perceptions of emergency care by the elderly: results of multicenter focus group interviews. *Ann. Emerg. Med.*, **21**:814-8, 1992.
7. BECK, K. H. & BARGMAN, C. J. Investigating Hispanic adolescent involvement with alcohol: a focus group interview approach. *Health Educ. Res.*, **8**:151-8, 1993.
8. BRENT, E. Qualitative computing: approaches and issues. *Qualit. Soc.*, **7**:34-60, 1984.
9. CAETANO, R. & CARLINI-COTRIM, B. Perspectives on alcohol epidemiology research in South America. *Alcohol Health and Res. World*, **17**:244-50, 1993.
10. CAMPOS, R.; RAFFAELLI, M.; UDE, W.; GRECO, M.; RUFF, A.; ROLF, J.; ANTUNES, C. M.; HALSEY, N.; GRECO, D. Social networks and daily activities of street youth in Belo Horizonte, Brazil. *Child Develop.*, **65**(Sp. 2):319-30, 1994.

11. CARLINI, E. A.; CARLINI-COTRIM, B.; SILVA-FILHO, A. R.; BARBOSA, M. T. S. *Consumo de drogas psicotrópicas no Brasil, em 1987*. Brasília, Ministério da Saúde/Ministério da Justiça, 1989. (Série Estudos e Projetos).
12. CARLINI, E. A.; CARLINI-COTRIM, B.; SILVA-FILHO, A. R.; BARBOSA, M. T. S. *II Levantamento nacional sobre o uso de psicotrópicos em estudantes de primeiro e segundo graus, ano 1989*. São Paulo, Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas/Escola Paulista de Medicina, 1990.
13. DOMEL, S. B.; BARANOWSKI, T.; DAVIS, H.; LEONARD, S. B.; RILEY, P.; BARANOWSKI, J. Measuring fruit and vegetable preferences among 4th and 5th-grade students. *Prev. Med.*, **22**:866-79, 1993.
14. EMERY, E. M.; RITTER-RANDOLPH, G. P.; STROZIER, A. L.; MCDERMOTT, R. J. Using focus group interviews to identify salient issues concerning college students' alcohol abuse. *J. Am. Coll. Health*, **41**:195-8, 1993.
15. GALDUROZ, J. C.; D'ALMEIDA, V. A.; CARVALHO, V. A.; CARLINI, E. A. *III Levantamento sobre o uso de drogas entre estudantes de 1. e 2. graus em dez capitais brasileiras, 1993*. São Paulo, CEBRID, 1994.
16. GILBERT, M. J. The anthropologist as alcoholologist: qualitative perspective and methods in alcohol research. *Int. J. Addict.*, **25**(2A):127-48, 1990/91.
17. GREGOR, S. & GALASKA, S. S. The use of key informant networks in assessment of community health. *Family Med.*, **22**:118-21, 1990.
18. HARTMAN, T. J.; MCCARTHY, P. R.; PARK, R. J.; SCHUSTER, E.; KUSHI, L. H. Focus group responses of potential participants in a nutrition education program for individual with limited literacy skills. *J. Am. Diet. Ass.*, **94**:744-8, 1994.
19. HOPPE, M. J.; WELLS, E. A.; WILSDON, A.; GILLMORE, M. R.; MORRISON, D. M. Children's knowledge and beliefs about AIDS: qualitative data from focus group interviews. *Health Educ. Quart.*, **21**:117-26, 1994.
20. JOHNSON, J. & WILLIAMS, M. L. A preliminary ethnographic decision tree model of injection drug user' (IDUs) needle sharing. *Int. J. Addict.*, **28**:997-1014, 1993.
21. KIRK, J. & MILLER, M. L. *Reability and validity in qualitative research*. Newbury Park, Sage Publications, 1986. (Qualitative Research Methods Series 1).
22. KLEIN, J. D.; FOREHAND, B.; OLIVIERI, J.; PATTERSON, C. J.; KUPERSMIDT, J. B.; STRECHER, V. Candy cigarettes: do they encourage children's smoking? *Pediatrics*, **89**:27-31, 1992.
23. KRUEGER, R. A. *Focus group: a practical guide for applied research*. Newbury Park, Sage Publications, 1988.
24. LIPSKY, S.; STEPHENSON, P. A.; KOESELL, T. D.; GLOYD, S. S.; LOPEZ, J. L.; BAIN, C. E. Breastfeeding and weaning practices in rural Mexico. *Nutr. & Health*, **9**:255-63, 1994.
25. MACRAE, E. *Guiado pela lua: xamanismo e o uso ritual da ayahuasca no culto do Santo Daimé*. São Paulo, Brasiliense, 1992.
26. MACRAE, E. & SIMÕES, J. A. *Investigação sobre o uso habitual e auto-controlado da maconha entre camadas médias urbanas*. São Paulo, IMESC, 1988.
27. MANDERSON, L. Drugs, sex and social science: social science research and health policy in Australia. *Soc. Sci. Med.*, **39**: 1275-86, 1994.
28. MARCHAND, L. & MORROW, M. H. Infant feeding practices: understanding the decision-making process. *Family Med.*, **26**:319-24, 1994.
29. MCKENNA, J. W. & WILLIAMS, K. N. Crafting effective tobacco counteradvertisements: lessons from a failed campaign directed at teenagers. *Public Health Rep.*, **108** (Supl. 1):85-9, 1993.
30. MCKINLAY, J. B. Health promotion through healthy public policy: the contribution of complementary research methods. *Can. J. Public Health*, **83**(Supl. 1):11-9, 1992.
31. MORGAN, D. L. *Focus group as qualitative research*. Newbury Park, Sage Publication, 1988. (Qualitative Research Methods Series 16).
32. NOTO, A. R.; NAPPO, S.; GALDUROZ, J. C.; MATTEI, R.; CARLINI, E. A. *III Levantamento sobre o uso de drogas entre meninos e meninas de rua de cinco capitais brasileiras, 1993*. São Paulo, CEBRID, 1994.
33. O'BRIEN, K. Using focus group to developed research on social relationships and AIDS - preventive behavior. *Health Educ. Q.*, **20**:361-72, 1993.
34. RAFAELLI, M.; CAMPOS, R.; MERRITT, A. P.; SIQUEIRA, E.; ANTUNES, C. M.; PARKER, R.; GRECO, M.; GRECO, D.; HALSEY, N. Sexual practices and attitudes of street youth in Belo Horizonte, Brasil. *Soc. Sci. Med.*, **37**:661-70, 1993.
35. REISKIN, H. & LINDENBERG, C. S. Involving the target population and their providers in evaluation of substance abuse videos. *Nursingconnections*, **5**:47-54, 1992.
36. SHERVINGTON, D. O. Attitudes and practices of African-American women regarding cigarette smoking: implications for interventions. *J. National Med. Ass.*, **86**:337-43, 1994.
37. SILVA FILHO, A. R.; CARLINI-COTRIM, B.; CARLINI, E. A. Uso de psicotrópicos por meninos e meninas de rua - comparação entre dados coletados entre 1987 e 1989. In: *Abuso de drogas entre meninos e meninas de rua no Brasil*. CEBRID, São Paulo, 1990.
38. SIMMONS, R.; MITA, R.; KOENING, M. A. Employment in family planning and women's status in Bangladesh. *Stud. in family Plan.*, **23**:97-108, 1992.
39. STONE, R. & WASZAK, C. Adolescent knowledge and attitudes about abortion. *Family Plan. Perspec.*, **24**:52-7, 1992.
40. TROST, J. E. Statistically non-representative stratified sampling: a sampling technique for qualitative studies. *Qualit. Res.*, **9**:54-7, 1986.

41. VELHO, G. Nobres e anjos: um estudo de tóxicos e hierarquia. Rio de Janeiro, 1975. [Tese de Doutorado-Museu Nacional de Antropologia].
42. VOS, T. Attitudes to sex and sexual behavior in rural Marabeleland, Zimbabwe. *AIDS Care*, **6**:193-203, 1994.
43. WAGENAAR, A. C.; FINNEGAN, J. R.; WOLFSON, M.; ANSTINE, P. S.; WOLLIAMS, C. L.; PERRY, C. L. Where and how adolescents obtain alcoholic beverages. *Public Health Rep.*, **108**:459-64, 1993.
44. WEISS, S. H.; WESTON, C. B.; QUIRINALE, J. Safe sex? Misconception, gender differences and barriers among injection drug users: a focus group approach. *AIDS Educ. & Prev.*, **5**:279-93, 1993.
45. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *The focus group manual*. Geneva, 1992. (Methods for Social Research in Tropical Disease, 1).
46. YACH, D. The use and value of qualitative methods in health research in developing countries. *Soc. Sci. Med.*, **35**:603-12, 1992.