UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE EDUCAÇÃO FÍSICA E ESPORTE

FABIANA FERNANDES DE FREITAS

Aprendendo com o "nós": o trabalho em saúde e as práticas
corporais com base na comunidade

SÃO PAULO
2012

FABIANA FERNANDES DE FREITAS

Aprendendo com o "nós": o trabalho em saúde e as práticas corporais
com base na comunidade

Tese apresentada à Escola de Educação Física
e Esporte da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de doutora em Educação
Física.

Área de concentração: Pedagogia do
Movimento Humano.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Yara Maria de
Carvalho.

São Paulo
2012

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo da Publicação
Serviço de Biblioteca
Escola de Educação Física e Esporte da Universidade de São Paulo

Freitas, Fabiana Fernandes de

Aprendendo com o “nós”: o trabalho em saúde e as práticas corporais com base na comunidade / Fabiana Fernandes de Freitas. –

São Paulo : [s.n.], 2012.

230p.

Tese (Doutorado) - Escola de Educação Física e
Esporte da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof^a. Dr^a Yara Maria de Carvalho.

1. Saúde coletiva 2. Prática corporal 3. Comunidade 4. Trabalho em saúde
I. Título.

FREITAS, F. F. **Aprendendo com o "nós":** o trabalho em saúde e as práticas corporais com base na comunidade. Tese apresentada à Escola de Educação Física e Esporte da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutora em Educação Física.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr.	_____	Instituição:	_____
Julgamento:	_____	Assinatura:	_____
Prof. Dr.	_____	Instituição:	_____
Julgamento:	_____	Assinatura:	_____
Prof. Dr.	_____	Instituição:	_____
Julgamento:	_____	Assinatura:	_____
Prof. Dr.	_____	Instituição:	_____
Julgamento:	_____	Assinatura:	_____
Prof. Dr.	_____	Instituição:	_____
Julgamento:	_____	Assinatura:	_____

A Maria e Antonio, pais que me mostraram a humanidade pelo outro. A vocês devo a compreensão de que cada modo de ser guarda um potencial único, imprescindível para nos fazer entender melhor a vida.

A todos os moradores da COHAB Raposo Tavares e aos que trabalham para manter vivo seu Centro Comunitário.

“Ao que vai chegar”...

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelas oportunidades que tem aberto em minha vida, permitindo que delas eu leve muito mais do que deixe.

À Yara, mais um de meus agradecimentos... professora, orientadora, amiga. Com você desenhei minha trilha acadêmica, de você recebi o estímulo e o apoio necessário lá no começo, a orientação e a fundamentação no mestrado que, depois, me permitiram caminhar com mais autonomia, mas não sozinha, neste doutorado. Seja sempre nossa “Belinha”.

A todos os profissionais que trabalham com a Estratégia de Saúde da Família, em particular aqueles que cederam seu tempo e dividiram suas histórias de trabalho junto à comunidade comigo. Obrigada as Unidades Básicas de Saúde: Jardim Boa Vista, Jardim São Jorge, Vila Dalva, Real Parque e Jardim D’Abril.

A todos os que fazem o Centro Comunitário Raposo Tavares, por abrirem suas portas para mim e permitirem que eu participasse um pouco do cotidiano de vocês. Agradeço especialmente: à Sinthia, à Graça, ao Josué, à Teruko e à Gilsa, com vocês aprendi mais sobre o “Nós”.

Ao CNPq, pelo apoio financeiro sem o qual eu não teria condições de colocar em prática minha “aproximação com a comunidade”.

Aos meus pais, por sempre incentivarem meus recomeços e me apoiarem constantemente pelo caminho. Meu agradecimento profundo pela confiança que depositam em mim.

À família amada, Marco, Cristiane, Murilo e Gustavo, Alexandre e Sayuri, pela convivência e pelo carinho de sempre, e, em especial, a minha irmã Sandra por entender e compartilhar comigo as dúvidas, as angústias e também as alegrias do tempo dedicado a um trabalho acadêmico. Sei que aprendemos mais juntas.

Ao Celso, encontro feliz, obrigada pela sua presença amorosa e companheira nessa reta final.

Aos amigos do grupo de pesquisa “Educação Física & Saúde Coletiva & Filosofia”. Aos da jornada de mestrado, Fernanda e Marcos; aos da jornada de doutorado, Andrezza, Flávio e Valéria; a turma nova com a qual pouco convive, mas que continuam trazendo energia para que os rumos da Educação Física continuem próximos de referenciais mais humanos.

Aos que me deram pousada em São Paulo, Ricardo e Fernanda.

Aos companheiros da “Pelejo”, Leandro e Kátia, pela acolhida e pela convivência.

À Luna.

RESUMO

FREITAS, F. F. **Aprendendo com o "nós":** o trabalho em saúde e as práticas corporais com base na comunidade. 2012. 230f. Tese (Doutorado) – Escola de Educação Física e Esporte, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

As discussões em torno do tema comunidade têm sido recorrentes devido, particularmente, às implicações do modo de vida contemporâneo que acentua valores como o individualismo. Do ponto de vista conceitual comunidade é muitas vezes limitada à associação com grupos carentes, desconsiderando uma série de questões imbricadas no contexto, como o território, as relações entre as pessoas e a organização de grupos. Essa discussão é relevante também na área da saúde, pois ao lidar com a comunidade supõe-se que diversos fatores operam e coexistem e podem estar vinculados a atuação dos profissionais específicos. Assim, o objetivo dessa pesquisa foi compreender o trabalho em saúde e as práticas corporais a partir da “comunidade”, tanto do ponto de vista conceitual como das relações que a constituem, para encontrar elementos que possam orientar nossos saberes e práticas. A investigação, de natureza qualitativa, compreendeu duas etapas: a primeira, com profissionais coordenadores de equipe de saúde da família de cinco UBSS, do Distrito Butantã/SP, totalizando 22 entrevistas; a segunda, com a observação da comunidade COHAB Raposo Tavares e das atividades desenvolvidas, especialmente com as práticas corporais, em seu Centro Comunitário. As entrevistas mostraram como principais desafios: superar a herança do modelo de atenção à saúde centrado no referencial biomédico e criar estratégias para lidar com a complexidade das dinâmicas familiares e dos problemas dos territórios. Os dilemas estiveram presentes no vínculo com a comunidade, variando entre uma aproximação positiva, de modo mais frequente, e o excesso dela; e, na composição das orientações, entre conhecimento técnico e modos de viver, valores e crenças das pessoas. As observações no Centro Comunitário indicaram, a despeito dos problemas que os moradores enfrentam, um potencial nos modos de ser da comunidade, sobretudo em relação ao apoio e a ajuda mútua. As práticas corporais não aparecem com destaque entre as ações, entretanto elas existem e se relacionam aos aspectos social e educativo, e sugerem a importância das atividades cotidianas e das relações estabelecidas entre as pessoas, reforçadas pela convivência no bairro, independente da faixa etária. É preciso considerar ainda o espaço do bairro para as práticas corporais, onde elas acontecem de maneira mais informal e espontânea. A referência da comunidade para pensar o trabalho em saúde e as práticas corporais orienta sobre os caminhos para um fazer mais compartilhado, reconhecido não só como uma “técnica” para obter resultados e mudanças que almejamos com as intervenções, mas, sobretudo, para ressignificá-las em meio à vida das pessoas e a maneira com que vemos nós mesmos no exercício profissional de convivência com o outro. O desafio que se coloca, portanto, não é pequeno, haja vista as dificuldades apontadas pelos profissionais nas entrevistas, mas que também expõem o valor do processo cotidiano de trabalho e das intervenções que fortalecem as relações entre profissional, serviço e comunidade. Potencial que se mostra possível diante dos modos de ser da comunidade COHAB Raposo Tavares, que nos ensinam sobre a possibilidade de uma existência a partir de relações e valores mais solidários.

Palavras-chave: Comunidade. Trabalho em saúde. Práticas corporais. Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

FREITAS, F. F. **Learning with the "we":** the work in health and the body practices in the community. 2012. 230f. Tese (Doutorado) – Escola de Educação Física e Esporte, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

Discussions around the theme community have been repetitive due to, particularly, implications of the contemporaneous way of life which points out values such as the individualism. Conceptually speaking, community is many times limited to associations with in need groups, not considering a series of questions over put in the context, such as the area, the relationship between people, and group organizations. This discussion is also relevant in the health area, because when dealing with the community it is supposed that diverse factors operate and coexist in their environment and the performance of specific professional can be bounded. Thus, this study had the objective of understanding the health work and the body practices from the community as a reference, both from conceptual point of view and also from the relationships that constitute it, to meet elements to orient our knowledge and practices. The investigation, with a qualitative approach, comprehended two phases: the first one, with professionals coordinators of the family health team of five primary health care units at Butantã Neighborhood/SP, with a total of 22 interviews; the second, observing the activities developed at the Community Center, especially with body practices at Raposo Tavares COHAB Community. The interviews show as principal challenges: overcome the inheritance of the attention model centered in the biomedical reference and create strategies to deal with the complexity of family dynamics and the community problems. The dilemmas were present in the bound to the community, varying between a positive approach, in a more frequent way, and its excess; and in the composition of the orientations, between technical knowledge and people's ways of life, values and beliefs. The observations at the Community Center indicated, in spite of the problems dwellers usually face, a potential in terms of living in the community, moreover, regarding the support and the mutual aid. The body practices are not highlighted among the actions, however they exist and suggest the importance of daily activities and the relationships established between people, reinforced by coexistence in the neighborhood, regardless the age group, and by the social and educational aspects. It's also necessary to consider the relation between the body practices and the neighborhood space, where those activities happen in a more informal and free way. The community as a reference to think of the work regarding health and the body practices teaches ways to make it more shared, acknowledged not only by its technique to receive results and changes we aim with the interventions, but also, to re-mean them with people's lives and the way we see ourselves professionally coexisting with our surroundings. The challenge exposed, however, is not small, considering the difficulties pointed by professionals in the interviews, but it also exposes about the daily work process and the interventions which reinforce the relationship among the professional, the service, and the community. Potential that makes it possible due to the way of being at Raposo Tavares COHAB Community, which makes it possible to believe in the existence of more solidary relations and values.

Key words: Community. Health work. Body practices. Family Health Strategy

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Delimitação do bairro COHAB Raposo Tavares e localização do Centro Comunitário Raposo Tavares.....	147
---	-----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CECOVE	Centro de Comunidade Vila Elizabeth
CEU	Centro Educacional Unificado
COHAB	Conjunto Habitacional
CSE	Centro de Saúde Escola
EEFE	Escola de Educação Física e Esporte
ESF	Estratégia Saúde da Família
ETEC	Escola Técnica Estadual
MOVA	Movimento de Alfabetização de Jovens e Adultos
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

Página

1	INTRODUÇÃO.....	12
2	APROXIMAÇÕES COM O CONCEITO DE COMUNIDADE.....	18
2.1	Sociedade e Comunidade.....	19
2.2	Dinâmicas da comunidade: o local e o social.....	29
2.2.1	As relações sociais da perspectiva do bairro.....	33
2.3	Comunidades urbanas e condições de vida.....	37
2.3.1	<i>Política, economia e espaço.....</i>	<i>40</i>
3	SAÚDE, PRÁTICAS CORPORAIS E COMUNIDADE.....	45
3.1	Saúde: pesquisa e intervenção no âmbito da comunidade.....	45
3.2	Estratégia Saúde da Família: um olhar sobre o território.....	51
3.3	Educação Física e Práticas corporais.....	57
3.3.1	<i>As Políticas e os espaços públicos aproximando práticas corporais e comunidade.....</i>	<i>64</i>
4	METODO.....	74
4.1	Delimitando o “território”.....	77
4.2	A caminho da comunidade: a observação no Centro Comunitário.....	80
4.3	Desafio posto: a comunidade como referência para pensar o trabalho em saúde e as práticas corporais.....	85
5	TRABALHO EM SAÚDE E COMUNIDADE: APONTAMENTOS A PARTIR DA ESF NO DISTRITO BUTANTÃ – FASE I.....	89
5.1	O trabalho como processo.....	89
5.1.1	<i>“Como formigas”: resultados se constroem dia-a-dia.....</i>	<i>91</i>
5.2	Conhecendo os territórios.....	97
5.3	Relações entre condições de vida e necessidades de saúde.....	104
5.4	Participação: modelo tradicional x saúde da família.....	108
5.5	Aproximações com o conceito de comunidade.....	114
5.6	Vínculo e contexto de vida: marcas do trabalho em saúde e comunidade	124

5.6.1	<i>Aspectos facilitadores.....</i>	125
5.6.2	<i>Aspectos complicadores.....</i>	130
6	A COMUNIDADE COHAB RAPOSO TAVARES – FASE II.....	142
6.1	Aproximação com a comunidade.....	142
6.1.1	<i>A COHAB e o Centro Comunitário Raposo Tavares.....</i>	146
6.2	As práticas corporais na comunidade.....	156
6.2.1	<i>Atividades formais.....</i>	158
6.2.2	<i>Atividades informais.....</i>	165
6.3	Aprendizagens com a comunidade.....	174
6.3.1	<i>Práticas corporais e vida cotidiana.....</i>	174
6.3.2	<i>A dinâmica da comunidade.....</i>	179
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	198
	REFERÊNCIAS.....	206
	APENDICES.....	216
	ANEXOS.....	229

1 INTRODUÇÃO

A questão da comunidade hoje não pode ser pensada dissociada da dinâmica da sociedade capitalista, que favorece o individualismo e o crescimento acelerado da tecnologia e da urbanização. Na modernidade, segundo Martins (2008), temos a expressão da “permanência do transitório e da incerteza”, da angústia cotidiana de uma vida finita frente a um suposto progresso linear e sem fim. O autor lembra que a modernidade não é somente a coleção dos signos do moderno que, de um modo ou de outro, perpassam nossas vidas, mas, principalmente, “[...] a realidade social e cultural produzida pela consciência da transitoriedade do novo e do atual” (p. 18).

Nesse contexto, tem-se a comunidade como um tipo de organização sobre a qual se cogita tanto a possibilidade de sua extinção gradual como seu ressurgimento, em contraponto aos sentimentos de insegurança e competição no mundo em que vivemos (BAUMAN, 2003). Em outra perspectiva, ela é considerada como uma forma de mesclar os extremos entre o individualismo, fundamentado na filosofia liberal, e o ser humano como parte de um todo, colocado a serviço do Estado ou de instituições burocráticas, comprometido em sua subjetividade. Sendo assim, tanto a singularidade do indivíduo como a contribuição dos outros para sua realização seriam mantidas (GUARESCHI, 2000).

No que diz respeito ao termo comunidade em si, uma primeira aproximação indica que ele tem sido usado de modo recorrente, de diferentes formas e em vários contextos. De maneira geral, é aplicado para referir-se a populações de baixa renda, que vivem em favelas ou em bairros sem infraestrutura adequada (VALLA, 1999). Também designa diversos modos de rede que se constroem no espaço da Internet, formando as inúmeras comunidades virtuais (COSTA, 2005). Nas áreas da educação e da saúde, por exemplo, atinge um sentido mais específico.

No caso da educação, a questão da comunidade tem sido tratada com o intuito de aproximar as pessoas que vivem no entorno da escola, e não só seus alunos, para torná-las mais envolvidas e responsáveis, tanto pelo espaço físico (conservação do prédio, por exemplo), como pelas ações educativas propriamente ditas. Na área da saúde, a principal preocupação é tornar mais apropriada e clara a linguagem profissional e produzir ações condizentes com as necessidades de saúde das pessoas. Isso acontece devido ao reconhecimento de que cada comunidade possui singularidades e realidades diversas, o que vai exigir, por sua vez, ações adequadas a cada uma delas em diferentes âmbitos.

Todos esses aspectos, por si só, são suficientes para suscitar o interesse por uma compreensão mais aprofundada sobre o que é e como se organiza a comunidade, “dona” de uma lógica particular, envolvente e, ao mesmo tempo, complexa. Contudo, essa questão me chamou a atenção quando em 2001 dava início ao projeto “Práticas Corporais e Comunidade”, uma intervenção no Centro de Saúde Escola (CSE) Samuel Barnsley Pessoa – Butantã¹ relacionada ao projeto de mestrado na área de Pedagogia do Movimento Humano, desenvolvido na Escola de Educação Física e Esporte (EEFE) da Universidade de São Paulo (USP). A proposta era discutir a participação do profissional de Educação Física junto aos serviços públicos de saúde, em especial, na atenção básica². A ideia era não levar ao serviço a visão predominante da Educação Física relacionada à saúde, pautada na ação individualizada e em referenciais biologicistas, mas adequar a intervenção às características de um serviço de atenção básica à saúde, e considerar a participação da comunidade usuária do referido centro (atender, ouvir, contemplar questões e conteúdos de interesse dos participantes, assim como considerar seus saberes e práticas). Além disso, não havia restrição para frequentar os encontros, isto é, o atendimento não foi segundo a condição de saúde/doença, mas pelo interesse e, portanto, aberto à comunidade (FREITAS, 2007).

Naquele momento, a aproximação se deu via CSE, no sentido em que era a comunidade que procurava pelo grupo de práticas corporais. As vivências de quase dois anos de projeto, os relatos trazidos pelos participantes, as histórias de vida, e as relações entre a participação no projeto e situações da vida cotidiana³, pareceram-me, por vezes, que a “comunidade” não era compreendida de maneira significativa por parte da pesquisadora, que

¹ O CSE é uma instituição universitária integrada à rede de atenção básica do Município de São Paulo. Além de prestar serviços à população, desenvolve tarefas de ensino e pesquisa. No ensino, estão envolvidos tanto os níveis de graduação como de pós-graduação, particularmente nas áreas de Medicina, Fonoaudiologia e Enfermagem. A pesquisa tem sido desenvolvida principalmente pelos Departamentos da Faculdade de Medicina que atuam mais diretamente na Unidade (Medicina Preventiva – Saúde do Adulto, Saúde Mental, Odontologia; Pediatria e Fonoaudiologia), e da Escola de Enfermagem (Departamentos de Saúde Coletiva e Administração). Outras áreas também têm desenvolvido pesquisas mais recentemente e pontualmente, por exemplo, Educação Física, Psicologia, Psiquiatria. Na área de Assistência, o CSE ocupa uma posição intermediária: é ligado à universidade, mas desenvolve ações em conjunto com as esferas estadual e municipal da Saúde; é uma Unidade Básica que desenvolve ações em saúde da família, mas não como uma Unidade típica; tem uma dimensão e complexidade tecnológica maior que a média das UBSs, mas não se configura como uma Unidade de retaguarda ou como serviço de referência. Disponível em: <<http://www.fm.usp.br/cseb/index.php>>. Acesso em: 29 de março de 2011.

² Este trabalho foi publicado em forma de livro pela Editora Hucitec, com o título “*A Educação Física no serviço público de saúde*” no ano de 2007.

³ Nos dados das observações e também nas entrevistas, os participantes contavam casos de como tinham ensinado uma pessoa da família a fazer um alongamento; dos materiais que tinham em casa, como as bolinhas de tênis ou de borracha, e passaram a usar para fazer exercícios; de brincar com os netos; e dos encontros, casuais ou não, entre as pessoas que se conheceram no grupo para caminhar, conversar na feira ou ir ao baile. Além disso, há também relatos que descreviam situações de dificuldade, por exemplo, relacionadas ao local de moradia ou ao descuido da família.

estava fora dela e, portanto, não conhecia sua lógica. Ficava uma inquietação: Afinal, que comunidade é essa? Como as vivências do projeto se “misturavam” na vida dessas pessoas? Será que o conhecimento “profissional/científico” adquire contornos, isto é, aplicações e entendimentos específicos perante o cotidiano da comunidade e das suas condições de vida? O que se produz em meio à comunidade que resulta em cuidados com a saúde e com o corpo?

Neste sentido, identificava como problema principal a dificuldade e as limitações de recursos que contribuíssem para pensar/atuar quando a referência é a comunidade, o contexto coletivo, ao mesmo tempo em que há um distanciamento da realidade na qual propomos orientações e esperamos mudanças. Há um padrão que se encerra no que é oferecido em mão única: do profissional para os usuários. Na tentativa de amenizar essa lacuna, esta pesquisa procurou trabalhar em duas perspectivas: (1) conhecer um pouco mais sobre o trabalho em saúde e comunidade; e (2) estabelecer uma aproximação com uma comunidade específica para conhecê-la em seu contexto e alimentar o outro sentido do trajeto.

Partiu-se do pressuposto de que, para entender a comunidade com suas lógicas, apropriações, criações, é preciso estar próximo a ela e observar a dinâmica das relações que conduz a vida entre as pessoas. A hipótese é que, assim, seja possível compreender caminhos que se constroem na comunidade cotidianamente, que possam fazer parte e enriquecer um referencial teórico-prático mais coerente com seu modo de ser e suas necessidades. Entretanto, para relacionar comunidade ao trabalho em saúde e às práticas corporais, este estudo se propôs a estabelecer um diálogo entre campos de conhecimento: Sociologia, por ser a área de base na discussão do tema comunidade; Saúde Coletiva⁴, por agregar a perspectiva social à saúde; e Educação Física, por abrigar as práticas corporais e atualmente desenvolver cada vez mais sua intersecção com a atenção básica à saúde.

Com base nesse contexto, este trabalho tem por *objetivos* compreender o trabalho em saúde e as práticas corporais a partir da “comunidade”, tanto do ponto de vista conceitual como das relações que a constituem, para encontrar elementos que possam orientar nossos saberes e práticas. Espera-se que, assim, seja possível: discutir e analisar particularidades, dilemas e desafios sobre o trabalho em saúde e comunidade, tendo como base a experiência de profissionais coordenadores das equipes de ESF do Distrito Butantã da cidade de São

⁴ A Saúde Coletiva é um campo que se constituiu na América Latina a partir da década de 1970. Foi formado por diferentes profissionais atuantes na área da saúde que apontavam para a necessidade de discussões no âmbito coletivo-público-social e de reagir ao positivismo e à Saúde Pública tradicional, centrada no modelo biomédico. Buscava-se fundar um campo científico com uma orientação teórica, metodológica e política que privilegiasse o social como base para se compreender o fenômeno saúde-doença (PAIM; ALMEIDA FILHO, 2000).

Paulo; e identificar práticas e modos de ser presentes no cotidiano do “Centro Comunitário Raposo Tavares” do Distrito Butantã da cidade de São Paulo, no sentido de trazer elementos que possam ser norteadores para formulações teórico-práticas da Educação Física no campo da saúde.

Sendo assim, a proposta foi traçar o caminho inverso do Mestrado: agora a pesquisadora se dirige à comunidade, na busca de possibilidades que tragam uma compreensão mais fecunda sobre o trabalho em saúde e as práticas corporais. A questão norteadora desse trabalho, portanto, é: o que a comunidade nos apresenta e ensina para repensar e enriquecer nossos referenciais teórico-práticos sobre o trabalho em saúde e as práticas corporais?

Lefebvre (2008) lembra que é o lado problemático de um grupo humano que nos capacita para apreender sua realidade, suas possibilidades e a maneira como isto pode ser alcançado. O autor destaca que é relevante nos conectarmos às ciências sociais, como um todo, a uma problemática geral, porém determinada pelo homem; a problemática da vida diária e de sua transformação radical. Ao formular problemas específicos (os problemas dos grupos) e ao tentar ver como eles se conectam à problemática geral, nós estimulamos projetos, hipóteses e possíveis soluções. Assim, torna-se imprescindível que quando os projetos são confrontados com a vida real as partes interessadas participem, sendo impossível impor uma solução de mão única.

Isso se justifica uma vez que, ainda hoje, há na área da saúde ênfase na formação que prioriza o viés clínico da saúde e da doença, e reforça exclusivamente as lógicas da ciência e do objetivismo que, de acordo com Wong Un (2002, p. 3), “nos levam a ter, de forma ‘natural’ visões mecanicistas, descontinuas e etnocêntricas”, por conseguinte, geram dificuldades “emocionais, racionais, políticas e de visão de mundo” que restringem a atuação dos profissionais de saúde em contextos coletivos. No entanto, de acordo com o autor, ao adentrarmos o mundo comunitário, torna-se necessário transpor barreiras que limitam o trabalho em saúde às visões hospitalocêntricas e medicalizantes⁵ e reconhecer que diversos fatores coexistem e intervêm em seu meio, e pedem uma mudança de ordem qualitativa no trabalho em saúde.

⁵ A esse respeito ver: COELHO, I. B. Formas de pensar e organizar o sistema de saúde: os modelos assistenciais em saúde. In: CAMPOS, G. W. S.; GUERREIRO, A. V. P. (Orgs.). *Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada*. São Paulo: Hucitec, 2008. Neste texto, o autor situa tanto os sistemas e modelos como o trabalho profissional na área da saúde no decorrer da história e contribui para a compreensão dos referenciais que são empregados de forma predominante.

A Educação Física, também situada na grande área da saúde e referência para tratar das práticas corporais nesse estudo, também apresenta tal situação, pois tem seu suporte teórico fundamentalmente orientado pelas ciências biológicas e pelo fazer técnico-instrumental do profissional (CARVALHO, 2006; FENSTERSEIFER, 2006). Por outro lado, percebe-se que o campo de atuação do profissional específico abre-se cada vez mais na área da saúde. A criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)⁶ é exemplo dessa abertura. Com isso, somos instigados a pensar no trabalho em saúde com ações multiprofissionais, de caráter público de atendimento às pessoas, essencialmente fora do âmbito da academia e dos clubes privados, voltado para grupos tantas vezes excluídos ou à margem de condições de vida dignas e de acesso a bens e serviços. Consequentemente, o contexto é outro e os desafios postos ao profissional também.

Pensar a comunidade pode ser uma forma de ampliar nossa visão sobre a saúde e também sobre as práticas corporais. De tal modo, o texto que se produziu é resultado da necessidade de compreensão acerca da problemática em torno da questão da comunidade. Para tanto, ele foi desenvolvido da seguinte forma: (1) Trazer uma aproximação com a comunidade do ponto de vista conceitual; em seguida, tratar de aspectos que emergiram a partir das discussões sobre ela; para, depois, trabalhar com textos que, de alguma forma, voltaram-se para a vida nas comunidades urbanas propriamente ditas. A intenção é que, desse modo, possamos ter uma visão mais concreta do que se quer dizer quando empregamos o termo “comunidade”; compreender não só as estratégias e meios utilizados na sua abordagem, mas principalmente diminuir o distanciamento da realidade e das especificidades que cercam o cotidiano das pessoas que vivem nas comunidades urbanas. (2) Apresentar referenciais que aproximassem comunidade e saúde, de modo geral, e, em seguida, fazer a mesma aproximação com as práticas corporais, primeiro situando-a dentro da área da Educação Física e, depois, trazendo trabalhos e intervenções que a relacionam a questão da comunidade. Nesse momento, busquei a contribuição de diferentes áreas. A minha formação está vinculada à Educação Física e nesses anos de doutorado me aproximei da Geografia Humana, da Saúde

⁶ É a portaria Nº 154, de 24 de janeiro de 2008, que faz referência ao NASF. De acordo com a portaria, dois tipos de núcleos podem ser implementados, ambos incluem o profissional de Educação Física. O NASF 1 deve ser formado por cinco profissionais, no mínimo, de diferentes formações: Assistente Social; Profissional de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Acupunturista; Médico Ginecologista; Médico Homeopata; Médico Pediatra; Médico Psiquiatra; Nutricionista; Psicólogo e Terapeuta Ocupacional. O NASF 2 pode ser implementado somente em municípios com densidade populacional abaixo de 10 habitantes por quilômetro quadrado, e deverá ser composto por, no mínimo, três profissionais de diferentes formações: Assistente Social; Professor de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Nutricionista; Psicólogo e Terapeuta Ocupacional. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria_N_154_GMMS.pdf>. Acesso em: jun. 2010.

Pública, da Saúde Coletiva, da Sociologia e ainda da Psicologia Social. Essa estratégia se mostrou muito rica e sugere pensar que as questões relativas à comunidade permitem um diálogo produtivo e necessário entre diferentes campos. (3) Construir um método com uma fundamentação teórica que orientasse o desenvolvimento da pesquisa, privilegiando o cuidado na aproximação com o campo e na convivência com as pessoas, partindo do pressuposto de que ao priorizar a comunidade o pesquisador vai se aproximar do seu local de vida e não de ambientes mais controlados para a realização do estudo. (4) Apresentar resultados que representassem o caminho percorrido entre a primeira fase, do contato com os profissionais de saúde e o conhecimento do trabalho e das dificuldades que enfrentam ao lidar com a realidade que se apresenta fora das paredes das UBSs⁷; e a segunda fase, da convivência com moradores do Conjunto Habitacional (COHAB) Raposo Tavares e do cotidiano do seu Centro Comunitário⁸. (5) Formular considerações finais procurando destacar os principais pontos da pesquisa, bem como relacionar as experiências vividas nos dois momentos da investigação.

⁷ Fizeram parte da pesquisa cinco UBSs: Jardim Boa Vista, Jardim São Jorge, Vila Dalva, Jardim D'Abril e Real Parque, todas localizadas na região oeste de São Paulo e pertencentes ao Distrito Butantã.

⁸ A COHAB Raposo Tavares localiza-se no Distrito Butantã, região oeste da cidade de São Paulo. No bairro funciona o Centro Comunitário Raposos Tavares, ativo desde 1994.

2 APROXIMAÇÕES COM O CONCEITO DE COMUNIDADE

Ao se colocar a questão da comunidade como centro desse trabalho, foi possível observar que ela recebe diferentes olhares e pode estar presente em discussões de cunho filosófico e político em torno do seu significado e das suas relações com a sociedade atual (ESPOSITO, 2007; HABERMAS, 2007; MAFFESOLI, 2004); e de pesquisas e intervenções que a articulam com diferentes temáticas, quais sejam: saúde (BORGES; JAPUR, 2005; FIGUEIREDO; AYRES, 2002), comunicação e mídias (COSTA, 2005; PERUZZO, 2007), cultura (CAMPOS, 2000; OZÓRIO, 2005), o que já denota a complexidade envolvida. No entanto, a preocupação nesse momento não é relacioná-la a um tema específico, mas com base em uma discussão geral destacar elementos essenciais ao seu conceito.

Iniciando por uma definição pontual, no dicionário Houaiss da língua portuguesa (2001), o termo *comunidade* traz várias definições, entretanto, sobressaem-se as ideias de comunhão; de conjunto de pessoas ou grupo social que vive em um mesmo local; partilha de crenças, social ou econômica, e de características comuns. Ainda que esta seja uma definição estanque, com base nela é possível identificar dois pontos que serão marcantes no desenvolvimento da discussão acerca da comunidade: o primeiro está ligado ao espaço e a sua delimitação; e o segundo às particularidades que ao mesmo tempo unem um grupo e o diferencia dos demais.

Na busca de aprofundamento, foi imprescindível recorrer à Sociologia. É neste campo que se encontram as discussões que fundamentam mais estritamente o conceito de comunidade. Para este fim, o volume “Comunidade e sociedade”, organizado por Florestan Fernandes (1973), é significativo. Ele traz textos que vão desde uma abordagem conceitual até orientações metodológicas e problemas práticos relacionados à temática. Neste momento, trabalho especialmente com os autores que se dedicaram à discussão conceitual.

Na introdução que precede a unidade dedicada às distinções e relações entre os conceitos de “sociedade” e “comunidade”, Fernandes (1973) afirma que tanto um como outro foram utilizados pelos sociólogos descritiva e interpretativamente, de várias maneiras e, frequentemente, de forma diversa. Entre as causas, cabe destacar o fato de que o objeto das ciências sociais trata de “[...] realidades existenciais que dizem respeito ao convívio social humano” (p. 53); e a Sociologia traz influências da Filosofia e do Direito Natural e que as diferentes problemáticas possíveis na Sociologia incentivaram aproveitamentos intelectuais diversos dessa complexa herança conceitual pré-científica. Assim, o autor lembra que é

preciso considerar que os dois conceitos mencionados são empregados nos diferentes níveis sociológicos de observação, descrição ou interpretação da realidade, valendo-se de critérios lógicos muito variáveis e com diversos significados.

Outros autores fazem ressalvas também em relação ao uso e à compreensão do termo comunidade. Para Wirth (1973), ele “[...] tem sido empregado quase com a mesma liberdade que se dispensa à poesia.” (p. 82). Para Fichter (1973), o termo também tem sido utilizado com uma grande variedade de significados, por exemplo, como sinônimo de “sociedade”, “cidade”, “vizinhança”, ou para expressões como “comunidade católica”, entre outras, para designar, muitas vezes, categorias sociais que não têm a característica de coesão.

Esse panorama de diversidade precisa ser considerado. Torna-se necessário, no entanto, buscar maior clareza em relação ao conceito, não para limitá-lo, mas para aprofundar a compreensão do seu significado, evitando seu uso de forma indiscriminada, de modo que seja possível identificar elementos afins que minimamente deem suporte para a pesquisa.

2.1 Sociedade e comunidade

Da obra referida, “Comunidade e sociedade” (FERNANDES, 1973), foram selecionados quatro autores, que fazem ponderações entre “sociedade” e “comunidade”, mas se detêm em alguns elementos de modo mais particular. Assim, Tönnies (1973), além de ser considerado uma referência central sobre o tema comunidade, discute o mesmo com base na ideia das “vontades humanas” e tece também suas distinções entre comunidade e sociedade; em Wirth (1973), encontra-se uma compreensão de comunidade por meio da comparação e diferenciação entre o biológico e o social; MacIver e Page (1973) se dedicam mais à questão das relações sociais e da localidade; e Fitcher (1973) traz para a discussão as comunidades urbanas e as cidades.

O sociólogo alemão Ferdinand Tönnies é um nome de destaque na discussão sobre comunidade por ser um dos primeiros autores a discutir o tema. Parte de sua obra de referência, “Comunidade e Sociedade”, publicada originalmente em alemão *Gemeinschaft und Gesellschat* no ano de 1887, compõe a coletânea de Florestan Fernandes.

Tönnies (1973) inicialmente desenvolve a questão das vontades humanas como elemento básico envolvido na determinação dos conceitos “comunidade” e “sociedade”. Segundo o autor, as vontades humanas estão sempre relacionadas entre si e, por isso, há uma

reciprocidade entre elas: exercer e receber ações. Estas ações podem ser positivas ou negativas dependendo da forma com que levam à conservação ou à destruição da vontade do outro. Em seu estudo, o autor trata particularmente das relações reciprocamente positivas, que são compostas “de exigências, compensações e ações que passam e repassam e que são consideradas como expressões das vontades e de suas forças” (p. 96). São consideradas como a essência da comunidade quando compreendidas como “vida real e orgânica”, em oposição à “virtual e mecânica” que se relacionaria à sociedade. Para esclarecer melhor a diferenciação entre esses conceitos, especialmente por serem usados de maneira igual ou então confusa, Tönnies (1973) continua:

Tudo o que é confiante, íntimo, que vive exclusivamente junto, é compreendido como a vida em comunidade. A sociedade é o que é público, é o mundo. Ao contrário, o homem se encontra em comunidade com os seus desde o nascimento, unido a eles tanto no bem como no mal (p. 97).

De acordo com o autor, é com base nas “determinações da unidade completa das vontades humanas, de um estado primitivo e natural que, apesar de uma separação empírica e que se conserva através desta, caracteriza-se diversamente segundo a natureza das relações necessárias e determinantes entre os diferentes indivíduos que dependem uns dos outros” (TÖNNIES, 1973, p. 98) que se pauta a teoria da comunidade. As principais relações aconteceriam entre: mãe e filho; homem e mulher; e irmãos. Assim, em uma hierarquia das relações que possibilitariam uma comunidade das vontades humanas estaria, primeiramente, os laços de sangue, considerados pelo autor como o amor fraternal mais representativo das relações entre os homens; em segundo, a aproximação espacial e, por fim, a aproximação espiritual.

Apesar de existir uma “força comum” advinda do contexto geral e uniforme da vontade da comunidade, desigualdades se fazem presentes, relativas à própria vontade da comunidade, às obrigações e aos direitos amplos e restritos. Entretanto, há limites para as desigualdades, pois quando ultrapassados as desfazem enquanto “unidades das diferenças”. Do mesmo modo, a comunidade também se enfraquece quanto menor for o contato entre as pessoas, pois os comportamentos passam a ser reforçados com base na liberdade individual e dependentes de vontade e poder próprios.

Em contrapartida, o fortalecimento da comunidade estaria vinculado à compreensão, entendida como “sentimentos recíprocos comuns e associados, enquanto vontade própria de uma comunidade” (TÖNNIES, 1973, p. 102). Para haver compreensão, é necessário conhecimento íntimo entre as pessoas, pois ela depende da forma como se participa da vida do outro, motivada pela vontade em dividir alegrias e sofrimentos.

Dessa relação de proximidade, Tönnies (1973) aponta uma diferenciação entre “comunidade” e “sociedade”:

A sociedade seria “um grupo de homens que, vivendo e permanecendo de maneira pacífica uns ao lado dos outros, como na comunidade, não estão organicamente unidos, mas organicamente separados; enquanto na comunidade estão unidos, apesar de toda separação, na sociedade estão separados apesar de toda ligação (p. 106).

Na sociedade, esta separação é determinada também pelos domínios da atividade e do poder que são delimitados uns com relação aos outros, o que gera uma reação de defesa para evitar o contato e a entrada do outro. Fazer ou receber alguma coisa para alguém estará condicionado às trocas possíveis de serviços ou dons que se espera ou necessita. Neste tipo de relação de troca, a vontade comum, vista como ato social, chama-se “contrato”. Este tem tempo de vida previsto e se define a partir de vontades divergentes, mas com um ponto de interesse comum (TÖNNIES, 1973). Além disso, o autor afirma que a sociedade é condicionada por suas relações com o Estado.

Wirth (1973) em relação aos conceitos “sociedade” e “comunidade” afirma que o primeiro refere-se ao ponto de vista de consenso e está mais voltado para relações voluntárias e contratuais entre os homens. O segundo passa a referir-se à vida grupal quando encarada do ponto de vista de simbiose. Suas características incluem: uma base territorial, distribuição de homens, instituições e atividades no espaço, uma vida em conjunto fundada no parentesco, na interdependência econômica e com mútua correspondência de interesses. O autor ressalta que, da perspectiva do seu desenvolvimento histórico, esses conceitos parecem ter sido tratados de forma dicotômica pelos sociólogos, mas quando é realizada uma aproximação com a análise concreta da vida social, eles se mostraram como dois aspectos de toda forma de vida grupal, que reciprocamente se completam.

Wirth (1973) continua suas observações sobre a comunidade comparando-a com situações estritamente biológicas de vida e do ser humano. Nas plantas e no mundo animal, a vida de comunidade pode ser analisada apenas em termos de simbiose e de cooperação competitiva, no sentido do funcionamento de um organismo. Já na comunidade humana, as análises são mais complexas e extrapolam a compreensão orgânica. Segundo Wirth (1973), elas só se completariam quando houvesse também a compreensão da

[...] participação dos indivíduos em empreendimentos em comum, nas mesmas esperanças e ideais comuns e no mecanismo de comunicação e de interação social, os quais não estão embutidos no organismo, mas existem na linguagem, nos símbolos coletivos, nas leis e costumes, em suma, numa herança social (p. 85).

Portanto, as comunidades humanas apresentam uma lógica muito mais abrangente. Nelas não se lida apenas com espaço e relações de subsistência, mas também com as implicações destas com fatores econômicos, políticos e culturais.

Wirth (1973) também analisa as transformações ocorridas na comunidade no processo histórico. Inicialmente a expressão “comunidade” relacionava-se à unidade da vida em comum de um povo ou de uma espécie humana. Entretanto, essa vida em comum atravessou intensas transformações que alteraram também os interesses científicos direcionados a ela. Passa-se da organização social baseada em parentesco, *status* e imperfeita divisão de trabalho para outra, caracterizada pelo desenvolvimento tecnológico, mobilidade, aparecimento de grupos com interesses especiais e por um controle social formal.

Dessa forma, a comunidade passa a ter um novo sentido, trazendo outras problemáticas. Isso porque, na visão do autor, os grupos humanos têm como uma de suas principais tarefas “criar o sentido de participação em comum”. Entretanto, “[...] a crescente mecanização da vida, do provincianismo nacional e cultural, da segmentação mais completa da vida e da divisão mais minuciosa do trabalho [...]” (WIRTH, 1973, p. 86) deixou essa tarefa por ser mais difícil de ser realizada.

Segundo Wirth (1973), essas mudanças, também entendidas como uma “crise”, fazem com que surjam interesses pela reconstrução da vida social numa base mais adequada. Alguns acreditam que o caminho para melhorar a ordem social seria o retorno aos laços locais de vizinhança. Algo também ressaltado, em uma perspectiva mais atual, por Bauman (2003). No entanto, segundo Wirth (1973), a tendência de nossa civilização ao que se tem percebido toma outra direção. “Não pode haver retorno à comunidade autossuficiente salvo renunciando-se as vantagens tecnológicas e culturais dessa vida de comunidade em constante mudança, insegura e interdependente, embora sobremodo interessante e espalhada, à qual poucos estariam propensos a renunciar” (WIRTH, 1973, p. 94).

Já MacIver e Page (1973) distinguem os termos “sociedade” e “comunidade” considerando o primeiro como “[...] um sistema de costumes e processos, de autoridade e de auxílio mútuo, de muitos agrupamentos e divisões, de controles de comportamento humano e das liberdades.” (p. 117). É um sistema complexo e em constante modificação que representa a trama das relações sociais. Neste sentido, sua existência só se dá por meio da convivência entre seres sociais, que se “comportam” em relação a outros de acordo com a maneira determinada pelo reconhecimento mútuo. As relações assim determinadas são designadas como “relações sociais”, são elas que tornam a vida da humanidade vivível, sendo tão variáveis quanto é complexa a sociedade.

Guareschi (2000) complementa essa discussão ao tratar as relações sociais como elemento definidor dos grupos. Segundo o autor, um grupo só se constitui a partir do momento em que se estabelece qualquer relação entre pessoas. “Elas têm que ter algo ‘em comum’, e esse ‘comum’ é exatamente o que pode estar tanto numa, como noutra. E esse ‘comum’ é a relação, que perpassa por todas, está presente em todas, fazendo essa ‘amarração’ conjunta”. (p. 85). Lembra que se o grupo é visto a partir de “relações”, essa visão será sempre relativa, em construção, dinâmica, opondo-se, portanto, a uma ideia de grupo como algo estático ou fechado.

O segundo conceito é caracterizado por MacIver e Page (1973) pela possibilidade de que as pessoas têm condições de viver de forma completa no interior da comunidade. Lembram que o mesmo não pode acontecer com outros espaços como uma escola, uma empresa comercial ou uma igreja. Por outro lado, pode-se viver inteiramente dentro de uma tribo ou de uma cidade. Trazem, assim, outro ponto pelo qual a comunidade pode ser entendida. No entanto, MacIver e Page (1973) observam que a autossuficiência pode estar presente ou não. Algumas comunidades são autossuficientes e não dependem de outras, como entre os povos primitivos e algumas tribos indígenas, as quais se mantêm inteiramente ou quase isoladas.

Destaco o trabalho de Antonio Candido⁹ sobre a cultura caipira paulista que se desenvolveu com o fim dos ciclos bandeirantes no século XVIII, por meio do qual será possível ilustrar mais a situação acima. A cultura caipira paulista é “[...] ligada a formas de sociabilidade e de subsistência que se apoiavam, por assim dizer, em soluções mínimas, apenas suficientes para manter a vida dos indivíduos e a coesão dos bairros.” (CANDIDO, 2001, p. 219). O autor mostra em seu estudo as mudanças nos modos de trabalho e de produção e como o caipira se manteve frente a elas. A economia baseada na produção para subsistência foi se abrindo com o surgimento de vilas e fazendas abastadas. Introduz-se uma estratificação, percebida pelas diferenças entre os proprietários de fazendas e os proprietários do tipo sitiante (que representam o caipira mais típico). Essa diferenciação foi alimentada pela possibilidade de empregar mão-de-obra servil, por meio da superioridade econômica dos donos de escravos e pela presença do antigo escravo ou seu descendente que eram desqualificados socialmente. No latifúndio produtivo, o trabalho escravo criou condições

⁹ CANDIDO, A. O caipira e sua cultura. In: OLIVEIRA, P. S. *O lúdico na cultura solidária*. São Paulo: Hucitec, 2001. Texto original do livro: CANDIDO, A. *Os parceiros do rio Bonito*. 3ª. ed. São Paulo: Duas Cidades, 1975.

difícilmente aceitáveis pelo homem livre, que não cedeu também à dependência social do colonato.

Por meio da construção de formas de equilíbrio ecológico e social, Candido (2001) explica que o caipira se constituiu como expressão da sua própria razão de ser enquanto tipo de cultura e sociabilidade. O caipira não aceitou o enquadramento do salário e do patrão, nos moldes do trabalho servil e como não entrou nessa “engrenagem” foi progressivamente marginalizado, sem renunciar aos fundamentos da sua vida econômica e social. Assim, houve tal aceitação e envolvimento com seu modo de vida que o caipira não se deixou absorver pelos novos modelos econômicos ou culturais.

Candido (2001) sintetiza as características da cultura caipira em: *isolamento* (foi ele, não só geográfico, mas também cultural, que permitiu criar uma homogeneidade, pois não havia aberturas que possibilitassem o contato com elementos heterogêneos de um grupo a outro); *posse de terras, disponibilidade de terras* (a posse ou a ocupação da terra foi essencial na definição da vida do caipira, pois, muitas vezes, era tido como agregado ou então era forçado a ir para áreas despovoadas do sertão, onde corria o risco da destruição física ou da anomia social); *trabalho doméstico, auxílio vicinal* (devido à falta de recursos econômicos, o caipira valia-se para os trabalhos agrícolas, da própria família e do auxílio vicinal); *margem de lazer* (esta seria uma das características principais da sua existência econômica, tornada possível numa cultura organizada em torno de padrões mínimos, o que fez com que o caipira muitas vezes se tornasse “desajustado” a formas posteriores de trabalho rural, mais intenso e contínuo).

Neste sentido, a cultura do caipira

[...] não foi feita para o progresso: a sua mudança é o seu fim, porque está tão baseada em tipos tão precários de ajustamento ecológico e social, que a alteração destes provoca a derrocada das formas de cultura por eles condicionadas. Daí o fato de encontrarmos nela uma continuidade impressionante, uma sobrevivência das formas essenciais, sob transformações de superfície, que não atingem o cerne senão quando a árvore já foi derrubada – e o caipira deixou de o ser (CANDIDO, 2001, p. 222).

A discussão sobre a cultura caipira me chamou a atenção porque ela traz um pouco dessa concepção mais “pura” de comunidade, possibilitada pela autossuficiência, pela homogeneidade estabelecida no isolamento cultural e pela estabilização das formas sociais. A autossuficiência pode ser mais claramente percebida quando Candido (2001) indica que apesar de a maioria ser desprovida de recursos econômicos, eles valiam-se dos trabalhos

agrícolas da própria família e do auxílio vicinal, e que as indústrias domésticas de utensílios, roupas e alimentos também contribuíam notavelmente.

Sobre o isolamento, Candido (2001) explica que este não se aplica ao grupo de vizinhança ou ao indivíduo e sua família e, apesar de as formas de contatos intergrupais ampliarem as relações, elas não se traduziam em experiências para o novo. Mantinham-se as mesmas práticas festivas, a literatura oral, a organização da família. Dessa forma, eles seriam pouco sensíveis às intervenções exteriores. Isto também é perceptível quando o autor fala sobre o caipira típico como formador de uma camada inferior de cultivadores fechados em sua vida cultural, pois o latifúndio era mais “aberto às influências externas, graças a sua própria situação de estrutura-líder” (2001, p. 221). Já no bairro caipira, as unidades fundamentais do povoamento, a cultura e a sociabilidade eram direcionadas a si mesmas, de modo que todas as relações sociais podiam ser vividas dentro dele.

No que diz respeito às comunidades modernas, o mesmo não se observa. Segundo MacIver e Page (1973), elas são muito menos autossuficientes. A independência econômica e, de modo crescente, a independência política são características importantes das grandes comunidades modernas.

Podemos viver numa metrópole e ainda assim ser membros de uma comunidade muito pequena porque nossos interesses se circunscrevem dentro de uma estreita área. Ou podemos viver numa aldeia e ainda pertencermos a uma comunidade tão grande quanto a área de nossa civilização ou até mesmo área maior. Nenhuma comunidade civilizada tem muralhas ao seu redor para isolar-se completamente de uma maior (MACIVER; PAGE, 1973, p. 122).

A comunidade inteiramente autossuficiente pertence ao mundo primitivo. Assim, os autores retratam também, como Wirth (1973), mudanças pelas quais passa a comunidade. A civilização moderna tem meios potentes que quebram seu isolamento, sejam elas grandes ou pequenas. Eles se referem às tecnologias, como o aperfeiçoamento dos meios de comunicação e de transporte; à economia, como a procura de mercados e de áreas mais amplas de intercâmbio econômico, requeridas pelos novos processos de produção industrial; e também à cultura, uma vez que o pensamento, a arte e a ciência de um país, independente das barreiras temporárias da construção “ideológica” e “política”, acabam sendo levados para outros países, assim nenhum “segredo” teria mais duração permanente (MACIVER; PAGE, 1973).

Neste sentido, Habermas (2007) discute a questão das comunicações de “alcance mundial”, e afirma que elas se dão em duas linhas: as “línguas naturais” (sobretudo os meios eletrônicos) e os “códigos especiais” (como o dinheiro e o direito). Estas vias produzem

processos divergentes que, de um lado, incrementam a expansão da consciência dos agentes e, de outro, a ramificação, o alcance e as ligações de sistemas, redes (como os mercados) ou organizações. Entretanto, o autor observa que

Embora o crescimento de sistemas e redes multiplique os contatos e informações possíveis, ele não tem como consequência *per se* a ampliação de um mundo intersubjetivamente partilhado, nem tão pouco a união discursiva de pontos de vistas relevantes, temas e contribuições, dos quais surgem grupos de opinião pública de caráter político. A consciência de sujeitos que planejam, comunicam-se e agem uns com os outros parece ser ao mesmo tempo ampliada e fragmentada. Os grupos de opinião pública criados na internet continuam segmentados, separados uns dos outros como comunidades aldeãs globais (HABERMAS, 2007, p. 144).

MacIver e Page (1973) reforçam as características da comunidade, e a relação existente entre elas, que são a área geográfica (localidade) e certo grau de coesão social (sentimento de comunidade). Todavia, a localidade mesmo sendo necessária, por si só, não é suficiente para criar uma comunidade. É preciso que haja também vida em comum, no sentido que se compartilha um modo de vida, que se constroem laços de solidariedade, segundo as condições de sua localidade. Aspecto que será retomado adiante.

No caso das sociedades primitivas, os autores afirmam que sempre se verifica a ocupação de áreas e locais específicos agregada a uma coesão social, necessária para dar-lhes o caráter de comunidade. Já aos moradores de um bloco ou distrito de uma grande cidade talvez falem suficientes contatos ou interesses comuns para se instalar tal identificação. Dessa forma, essa “vizinhança” não seria uma comunidade porque não possui o sentimento de coparticipação. Observam que no mundo moderno esse laço local tem se enfraquecido, em virtude de se estenderem os meios de comunicação, como também destacou Wirth (1973), o que pode ser percebido de forma clara na inserção de padrões urbanos dominantes em áreas rurais.

Em relação à definição dos limites entre comunidades, MacIver e Page (1973) afirmam que isso não é algo fácil de estabelecer, existindo inúmeros casos de fronteiras. Entretanto, consideram que a questão de saber onde traçar uma linha divisória em tais casos não é primordial.

Por fim, Fichter (1973) trata da distinção entre “sociedade” e “comunidade” ressaltando que o significado generalista atribuído à primeira (população total do mundo, sociedade humana, raça humana) não tem valor do ponto de vista científico, apesar de existirem semelhanças que marcam os seres humanos como indivíduos sociais. Mas isso não os reúne em uma forma observável e suscetível de medida. É a existência demonstrável de

semelhanças universais nas diferentes sociedades do mundo (*status*, papel, normas, padrões, estruturas, funções e outras) que permite que se desenvolva a ciência social no sentido estrito do termo.

A comunidade seria apenas um setor organizado da sociedade total, não precisamente uma sociedade (FICHTER, 1973). Se ela é urbana, é apenas parte da cidade, não a própria cidade. O autor observa que existe vizinhança espacial urbana, que é meramente um agregado social, e vizinhança social urbana, em que existem interações sistemáticas, no sentido proposto também por MacIver e Page (1973). Esta última é uma comunidade e toda grande cidade contém os dois tipos de vizinhança: sociais ou comunidades.

A fim de minimizar as variações de sentidos atribuídos ao termo, Fichter (1973) apresenta uma definição: “comunidade é um grupo territorial de indivíduos com relações recíprocas, que se servem de meios comuns para lograr fins comuns.” (p. 154). Assim, ela é fundamentalmente “ligada ao solo”, no sentido de que os indivíduos vivem numa certa área; são cômicos de pertencerem ao grupo e ao lugar, agindo em conjunto nos principais assuntos da vida. Nessa lógica, as pessoas da comunidade tendem a cooperar umas com as outras, pois reconhecem as necessidades dos indivíduos dentro e fora do grupo.

O autor avalia que nas comunidades rurais, de “folk” e agrícolas, a característica de proximidade ou vizinhança, na qual a maioria dos indivíduos vive uns perto dos outros, é acentuada. Nas comunidades chamadas urbanas, metropolitanas e nacionais não, pois estas são complexas e societárias. Porém, o termo também pode ser aplicado às “velhas” vizinhanças ou bairros da cidade nos quais os habitantes têm ainda uma ascendência étnica e nível econômico e de instrução similar, e viveram juntos por um longo tempo. No que se refere aos modernos subúrbios, que são vizinhanças ou bairros “novos”, Fitcher (1973) afirma que há um esforço para desenvolver nos seus moradores o sentimento de pertencimento ao local e, em alguns casos, também podem ser chamadas tecnicamente assim.

Entretanto, o autor considera que a comunidade tende a ser um sistema social mais forte e efetivo quando existe em pequenas vilas, distantes das complexidades e da especialização urbana. Nesta condição, os indivíduos estão mais dispostos a cooperar em todas as funções importantes da vida social, inclusive no que diz respeito aos fins econômicos. O que nos remete mais uma vez ao trabalho de Candido (2001) sobre a cultura caipira.

Segundo Fichter (1973), esta questão da cooperação econômica básica está particularmente ausente na vizinhança social urbana e na comunidade suburbana, pois, frequentemente, os habitantes desses lugares exercem suas ocupações remuneradas fora delas.

O chefe de família vai à cidade ou ao centro em função de seu emprego e ali desempenha um papel dissociado dos interesses imediatos do lugar onde vive. Apesar disso, estes lugares podem ser distinguidos, todavia, como comunidade, uma vez que nos outros aspectos da vida social os indivíduos centram suas relações e seu comportamento social em sua própria localidade de moradia. Os lares, as escolas, as igrejas e os espaços recreativos e cívicos são encontrados dentro de um território específico no qual existe a comunidade (FICHTER, 1973). Neste sentido, as colocações de Fichter estão próximas à ideia de MacIver e Page (1973) ao relacionar a comunidade com a possibilidade de se viver todas as relações sociais dentro dela.

Os autores estabelecem diferenciações entre os conceitos de “sociedade” e “comunidade”. De modo geral, percebe-se que o primeiro é vinculado a uma maior normatização da vida, de modo que as relações sociais são orientadas por meios mais formais em um contexto amplo. O segundo, por outro lado, compreende relações sociais mais próximas e configuradas de acordo com as particularidades de cada local/grupo específico. Os termos são descritos e caracterizados separadamente, entretanto, os autores não os colocam de forma totalmente dissociada. Nas argumentações nota-se que a comunidade não é entendida como um fenômeno unicamente primitivo, mas situado acompanhando as transformações decorrentes do processo histórico.

Cada autor apresenta uma abordagem particular sobre a comunidade, no entanto alguns aspectos se sobressaem: a questão do território específico, a necessidade de objetivos comuns, o “sentimento de comunidade”, as relações sociais que se dão em seu meio e a influência do mundo moderno. Estes foram pontos essenciais para a discussão e fundamentação desse estudo. É preciso ponderar que eles podem assumir feições particulares quando se trata da constituição de comunidades que se formam por meio da ocupação de lugares abandonados ou de terras “disponíveis” para construir suas moradias. Talvez tenham uma conotação ainda mais forte ou diferente, tanto em relação aos laços de solidariedade e à construção de sentimentos comuns, como em relação aos limites territoriais que podem envolver várias disputas.

É pertinente observar também que os conceitos trazem uma visão “idealizada” do que seja comunidade, bem como das relações que se dão dentro dela. As definições não chamam a atenção para os elementos que, muitas vezes, estão envolvidos num contexto de vida difícil e que não torna natural, o tempo todo, a cooperação e a solidariedade, ainda que vivam em um “espaço” comum. Isto é, no cotidiano os conceitos adquirem vida e a eles se agregam outros fatores.

Uma comparação pode contribuir como exemplo. No estudo de Oliveira (2006) sobre a cultura solidária em cooperativas, onde a igualdade e a democracia são pontos norteadores, esperava-se em um primeiro momento identificar a presença da cultura solidária. No entanto, somente aos poucos, com a observação das relações que se davam no cotidiano das cooperativas, da vida das pessoas que as compunham, foi possível encontrá-la, mas não separada da divergência, dos obstáculos e dos conflitos. O autor explica que é preciso relativizar: “a promoção da cultura solidária nunca se dá por completo, mas nem por isso deixa de ser significativa. Mostra os sujeitos mutantes em peregrinação, na busca conjunta de melhor lugar para se situarem coletivamente e assim desenvolverem suas vidas” (p. 111).

Da mesma forma, pode-se não encontrar uma comunidade em total acordo com as descrições apresentadas, o que não quer dizer que nela não existam elementos em torno dos quais ainda se possa considerá-la uma “comunidade”. Assim, do trato mais conceitual do termo passa-se agora a priorizar as características destacadas por meio de autores que explicam e exemplificam o cotidiano das pessoas que vivem em comunidades urbanas, trazendo uma visão mais dinâmica sobre elas.

2.2 Dinâmicas da comunidade: o local e o social

Percebe-se que há uma determinação recíproca nas relações entre as pessoas e o espaço, o local onde se mora. Portanto, se há uma delimitação territorial, de valores e modos de ser, necessariamente cria-se um “mundo exterior”, aquilo que de algum modo é diferente. A localidade, a referência a um espaço específico, é relevante para a compreensão da comunidade e denota uma “separação” entre aqueles que fazem parte e os que estão fora dela, e que, de certa forma, delimita o espaço físico e social da comunidade.

A esse respeito o texto de Hoggart (2001) é muito rico e apresenta vários elementos que demarcam o “Nós”, quem é do grupo, e “Eles”, os que são de fora, diferentes de alguma forma. Descreve e problematiza essa situação com base nos bairros de classes operárias inglesas, com a propriedade de quem viveu em seu meio. De acordo com o autor, quando se analisam as atitudes das classes proletárias, é costume falar do sentido de grupo, que consiste na convicção, partilhada pelos membros dessas classes, de que cada um deles não é um indivíduo isolado, mas sim um membro de um grupo constituído por indivíduos bastante semelhantes e pouco sujeitos a diferenciações futuras.

Hoggart (2001) destaca que a casa e o bairro ocupam uma posição importante para essas classes, especialmente porque seus membros desconfiam do mundo exterior, isto é, do que está fora do seu “território”. A esse exterior se designa de mundo “Deles”. O poder atribuído a “Eles” sobre as pessoas é proporcional à pobreza, pois intervém nos mais variados aspectos da vida de cada um. Assim tem-se o mundo dividido em “Nós” e “Eles”. “Eles” são os patrões, são os membros das outras classes, são também os policiais e todos os funcionários públicos ou autoridades locais conhecidos pelas classes proletárias. Seria também o caso do pesquisador, que se insere em seu meio por um período com objetivos específicos¹⁰. Aqueles que são conhecidos mais individualmente, como um médico de bairro, têm outro reconhecimento, mas quando considerados como seres sociais continuam situados na dimensão “Deles”.

Essa divisão é um dos aspectos que compõem a caracterização de comunidade discutida por Bauman (2003). Apoiado nas ideias de Redfield¹¹, o autor considera que há uma distinção entre os que fazem parte da comunidade e os outros, sendo claro quem é “de dentro” e quem é “de fora”, assim como o entendimento e a eficiência da comunicação entre seus membros. Entre estes, ela “é densa e alcança tudo, e assim coloca os sinais que esporadicamente chegam de fora em desvantagem, em razão de sua relativa raridade, superficialidade e transitoriedade” (p. 18). Deste modo, a questão da linguagem também é um elemento que sinaliza a distinção entre o “Nós” e o “Eles”.

No entanto, a comunicação com o mundo externo é crescente, colocando em jogo os padrões internos. Com essa abertura, mesclam-se cada vez mais as distinções entre o que é de “fora” com o que é de “dentro”. O advento da tecnologia, em especial a informática, tem papel fundamental nessa situação, pois é por meio dela que a distância, antes um fator de isolamento da comunidade, passa a ser abreviada, além da alta velocidade e do fluxo de informações que podem chegar a lugares diversos (BAUMAN, 2003). Entretanto, tal situação não deve ser vista como totalizadora, isto é, que tudo será tomado por essa influência sem deixar brecha para aquilo que é local. Como contraponto intermediário, temos a ideia de Maffesoli (2006). Segundo o autor,

¹⁰ Mello (1988) descreve essa situação em sua pesquisa sobre o trabalho de empregada doméstica realizada com dez mulheres moradoras do bairro periférico da cidade de São Paulo, Vila Helena. No seu esforço de aproximação com essas mulheres, a autora conta que as conversas, as explicações e a sua presença constante na Vila possibilitaram superar a desconfiança inicial das pessoas e do bairro, dando lugar a uma aceitação amistosa. Mas, mesmo que haja um movimento de amizade e confiança, ela continuou representando a “patroa”, pertencendo ao outro lado, aquele que paga o salário, mantendo-se na perspectiva do mundo “Deles”, como diria Hoggart. Estas posições, segundo a autora, são irredutíveis, mas puderam ser trabalhadas durante a pesquisa.

¹¹ REDFIELD, R. *The little community and peasant society and culture*. University of Chicago Press, 1971.

Todas as coisas revelam que a perfeição, individual ou coletiva, não reside num progresso necessariamente sem fim, tal como postulou a pedagogia moderna, mas pode, em certos momentos, se efetivar através de uma adequação ao que se apresenta de forma recorrente: os usos e os costumes, os mitos e os ritos, os comportamentos habituais de uma dada sociedade. Uma espécie de criação como recriação (p. 282).

Do mesmo modo, Oliveira (2006) lembra que, por vezes, as consequências dos avanços tecnológicos não são consideradas quando interesses econômicos estão em jogo. Assim, abre-se espaço para a perda de conhecimentos e sabedorias desenvolvidos e praticados por muito tempo, descartando e tornando sem sentido antigas habilidades. Para o autor, a questão não deve ser posta como retrocesso, saudosismo, mas como um modo de chamar a atenção para “[...] considerar as pessoas e de solicitar à ciência e à tecnologia um exercício criativo mais radical na busca de projetos alternativos que se mostrem realmente sensíveis à responsabilidade social” (p. 29).

A linguagem também está presente nesse processo de aproximação-afastamento entre ciência, tecnologia e cotidiano, vida social, que se relaciona com a questão do entendimento, sentido e significado entre estes campos. De acordo com Certeau (2002), há uma ruptura que as instituições científicas produziram entre línguas artificiais de uma “operatividade regulada e falares do corpo social”, isto é, ela separa as linguagens acerca dos procedimentos de um saber específico e as linguagens naturais que organizam a atividade significativa comum. Tal ruptura marca uma linha divisória utilizada nas discussões para ratificar ou rebater os poderes das técnicas sobre as práticas sociais. Nesse caminho, por vezes, a comunidade pode viver uma situação de divergência, ou mesmo de incompreensão¹², entre sua linguagem, seus saberes, suas práticas e o que vem de fora. Tal situação pode reforçar esse efeito de separação.

Chama-se a atenção para a questão de como se processam essas relações entre o que “é” da comunidade e o que chega até ela, não só acerca da tecnologia (ligada principalmente à questão dos processos produtivos de trabalho) e da informação (Internet, televisão, revistas), mas também de seus “usos e costumes, mitos e ritos”. Há particularidades que compõem o cotidiano das comunidades tanto nas relações sociais como nas condições de vida (moradia, acesso a bens e equipamentos sociais de lazer, saúde e educação), que podem interferir e criar modos singulares de lidar com a saúde e as práticas corporais. Assim, é preciso considerar que as informações, inclusive do campo acadêmico/profissional, passam

¹² A esse respeito Hoggart (2001) observa que os comportamentos e a linguagem, inclusive as brigas, do proletariado têm suas especificidades e, muitas vezes, são mal interpretados, pois não há uma compreensão dos modos de ser das pessoas como consequência da vida do bairro e das condições de moradia.

pela “decodificação” e aceitação, ou não, da comunidade entre o que é hegemônico e o que é particular.

Segundo Hoggart (2001), uma das formas de reação dos membros do proletariado frente às pressões que vêm do exterior é conservar a própria dignidade. As possibilidades de “manter o barco à tona”, diante de um mundo marcado por dificuldades, são poucas, por isso, é preciso ao menos “poder continuar a olhar as pessoas de frente”. É preciso resguardar aquilo que não se pode tirar: a independência e a dignidade. O autor considera também que o cuidado em manter a própria dignidade leva ao apego a determinados objetos, recordações do tempo em que se tinha gostos próprios e a possibilidade de satisfazê-los; nem mesmo quando as pessoas se encontram nas piores dificuldades imaginam em desfazer-se dessas preciosidades¹³.

No que diz respeito aos vínculos entre as pessoas e os sentimentos comuns, a relação de boa vizinhança é exemplo. Ela reforça a noção de “Nós” e implica que os vizinhos não só tenham consideração uns pelos outros, mas ainda que estejam prontos a “fazer um favor”¹⁴. Hoggart (2001) explica que os membros do proletariado sentem a necessidade de formar um grupo, porque a vida é dura; a solidariedade é reforçada pelo fato de que poucos terão oportunidade de abandonar a sua classe. A sensação de calor humano que a vida de grupo proporciona é marcante e, muitas vezes, acompanha os indivíduos que saem das classes proletárias ou mudam de local devido a uma ascensão econômica e social, com saudosismo.

Nessa linha, Bauman (2003) sugere que os vínculos definem e mantêm uma comunidade. Para o autor, há uma distinção no entendimento que se dá no meio dela, pois ele é anterior aos “acordos e desacordos”, e serve como ponto de referência de toda união. “É um sentimento recíproco e vinculante – a vontade real e própria daqueles que se unem; e é graças a esse entendimento, e somente a esse entendimento, que na comunidade as pessoas permanecem essencialmente unidas a despeito de todos os fatores que as separam” (p. 15).

Hoggart (2001), explica que

Este sentido de comunidade é inconsciente; está muito longe da camaradagem cultivada pelos movimentos com propósitos de reforma social. Não deriva da convicção de que uma união se torna necessária caso se pretendam melhorar as condições de vida, convicção essa que está na origem dos movimentos cooperativos. É antes fruto do saber de experiência feito,

¹³O autor conta um caso que presenciou em seu bairro. Toda a vizinhança ficou indignada quando um homem da Assistência sugeriu a uma senhora, que vivia da ajuda pública, vender os objetos de que dispunha e não fazia uso, começando por um bule que estava exposto como bibelô. Eles entendiam a afronta que isso significava à dignidade da pessoa e ao valor que era atribuído ao bule.

¹⁴Segundo Douglas (1998), a ação solidária exige das pessoas a disposição para sofrer em benefício de um grupo mais amplo, e espera-se que o contrário aconteça também. Estão presentes nessa situação sentimentos de lealdade e sacralidade.

que ensina que o indivíduo se encontra inevitavelmente integrado no grupo, porque experimenta o calor humano e a sensação de segurança que lhe são facultados pelo próprio fato de pertencer ao grupo [...] (p. 179).

Assim, a necessidade de formar um grupo deriva das dificuldades da vida, o que não se reverte necessariamente em condições/estratégias que contribuam para a mudança, como tornar ativo o “movimento proletariado” e formar cooperativas. Nessa lógica, o estudo de Oliveira (2006) sobre duas cooperativas¹⁵ da cidade de São Paulo mostra que, no caso das pessoas ligadas com a sua formação, necessariamente elas têm que decidir por projeto compartilhado, coletivo, e que a concretização do mesmo está diretamente relacionada à adesão do grupo.

Percebe-se que a solidariedade e o vínculo são uma face positiva que marca o modo de viver em comunidades. Sugerem também que são um meio de amenizar as dificuldades do cotidiano que enfrentam. Por isso, é necessário ponderar para não idealizar esses aspectos no sentido de encobrir problemas das comunidades, de rotulá-las como “boas” porque são solidárias, ou o contrário. Não se trata de negar que elas têm algo comum que une as pessoas ou a presença dos laços solidários, mas de mostrar que também há diferenças, conflitos, dificuldades, de modo que comunidade não significa total homogeneidade.

Entretanto, com base no seu exemplo pode-se questionar: como a Educação Física e/ou as práticas corporais podem potencializar esse sentido solidário? Como trabalhar suas práticas voltadas para o contexto coletivo daqueles que vivem condições de vida muitas vezes excludentes? Vivemos numa sociedade onde se valoriza o *status*, o sucesso, o material, de modo que a solidariedade e a visão de grupo podem ficar à margem disso tudo. A palavra e o ato da solidariedade precisam ser alimentados, realçados pelos exemplos que existem em nossa sociedade, nas comunidades, em nossas vidas e no trabalho em saúde.

2.2.1 As relações sociais da perspectiva do bairro

Segundo Hoggart (2001), nos bairros a opinião dos vizinhos assume uma importância que pode ser superior a que é atribuída em outros lugares. Os membros do proletariado observam e são observados com uma intensidade que, em espaço tão limitado, dá

¹⁵ As cooperativas pesquisadas tinham formações diferentes: uma composta por pessoas de classe popular e outra por recém-formados das áreas de Engenharia, Arquitetura, Administração e Sociologia, a maioria de origem de famílias de classe média.

margem a interpretações equivocadas, e até mesmo maldosas, daquilo que realmente se passa. O grupo não gosta de ser escandalizado ou atacado por um dos seus próprios membros; opõe-se à ideia de mudança exercendo sobre os seus integrantes uma pressão conformista. Pode não se verificar o desejo de superar os vizinhos, mas existe uma forte pressão de nivelamento pelo mais baixo. É por isso que os membros do grupo recorrem muitas vezes para o poder convincente do comportamento normal ou mediano.

Mayol (2008), que trata as práticas culturais de usuários da cidade, aprofunda a discussão em relação ao bairro. Este é entendido como um espaço onde a vida cotidiana acontece, por meio da relação com o outro como ser social no espaço público. Para o autor, o desafio reside em compreender o domínio que o usuário faz da relação entre espaço privado e espaço público, por meio de ações específicas: as táticas.

Um primeiro ponto para entender essas ações é olhar para a organização da vida cotidiana. Segundo Mayol (2008), dois aspectos são fundamentais: os comportamentos e os benefícios que se espera obter dos mesmos, que se tornam visíveis e ganham sentido no espaço social do bairro. “O bairro aparece assim como o lugar onde se manifesta um ‘engajamento’ social, ou, noutros termos: uma arte de conviver com parceiros (vizinhos, comerciantes) que estão ligados a você pelo fato concreto, mas essencial, da proximidade e da repetição.” (p. 39). A regulação desses aspectos se dá por meio do conceito de *conveniência*. Esta seria, “[...] no nível dos comportamentos, um compromisso pelo qual cada pessoa, renunciando à anarquia das pulsões individuais, contribui com sua cota para a vida coletiva, com o fito de retirar daí benefícios simbólicos necessariamente protelados” (p. 39). Assim, há uma aceitação de “contratos sociais” para que a vida cotidiana seja possível.

Este conceito é o elemento chave que possibilita a apropriação do espaço de forma a propiciar o equilíbrio entre a proximidade imposta pela necessidade de conviver e a necessidade de preservar a vida privada. Mayol (2008) destaca as relações/encontros que acontecem para atender as necessidades cotidianas dos sujeitos e a comunicação entre os mesmos por meio dos códigos de linguagem. O contato interpessoal que acontece nesses encontros não é calculado previamente, isso faz com que o usuário mantenha códigos sociais precisos, buscando o reconhecimento do que não é controlável na coletividade de bairro. As pessoas que se encontram nessa coletividade não são nem totalmente anônimas, devido à proximidade, nem totalmente integradas na rede de convivência preferenciais.

Mayol (2008) também coloca o bairro em uma perspectiva de “dentro” e “fora”. Afirma que ele é parte da cidade onde os espaços público e privado são delimitados, mas, ao mesmo tempo, interdependentes um ao outro. O bairro constitui “o termo médio de uma

dialética existencial entre o dentro e o de fora.” (p. 42). E mais, ele se inscreve na história do sujeito como marca de pertença, uma vez que é a configuração primeira de todo processo de apropriação do espaço como espaço da vida cotidiana pública.

Neste sentido, também “os bairros não só têm uma fisionomia como uma biografia. O bairro tem sua infância, sua juventude e sua velhice” (BOSI, 2004, p. 73). Com base em depoimentos de história de vida, a autora percebe que o bairro é uma totalidade estruturada, comum a todos e que traz um sentido de identidade. O que dá vida ao bairro é sua “fisionomia humanizada”, é o que permite sua continuidade e transformação. O trabalho dos moradores o valoriza, marca uma história de conquista e adaptação. Porém, há interferência do poder econômico.

Interesses imobiliários transformam a “paisagem”, compram casas, constroem prédios, descaracterizam quarteirões. Fazem uma desconstrução do bairro que se reflete na vida das pessoas: afastam os conhecidos, desfazem trajetos, encobrem a história¹⁶. Para o idoso isso é ainda mais marcante, pois há nos moradores do bairro o sentimento de pertencer a uma tradição, a uma maneira de ser que anima a vida das ruas e das praças, dos mercados e das esquinas (BOSI, 2004). Nessas condições, portanto, é preciso considerar que os espaços cada vez mais moldados em função de interesses econômicos interferem nessa relação mais qualitativa e compartilhada entre vizinhos, como os autores vêm descrevendo.

Segundo Mayol (2008), a relação com o bairro favorece a utilização do espaço urbano pelo usuário não só do ponto de vista formal, mas como maneira de se apropriar dele, no sentido de uma privatização do espaço público. Relações de vizinhança, passeios, comércio, trajetos, lugares, tudo isso faz do espaço urbano um lugar de *reconhecimento*. O próprio caminhar no bairro é diferente do caminhar até o trabalho já que este é marcado pela necessidade de cumprir horário e obrigações.

Para garantir a convivência por meio da *conveniência*, são utilizadas táticas e a linguagem ganha destaque, pois a prática cotidiana do bairro é uma convenção coletiva implícita, não escrita, porém todos os usuários a entendem por meio dos códigos de linguagem e de comportamento. Assim, a prática do bairro exige que os usuários atendam a

¹⁶Componentes culturais também são envolvidos nesse processo. Pesquisas realizadas por Serpa (2007) em bairros populares da cidade de Salvador mostram que a religiosidade e a festa são exemplos de elaborações socioculturais que unem a vida no bairro. No caso de Salvador, elas representam e também condicionam a maior parte das manifestações culturais dos bairros populares. No entanto, o autor destaca que a incorporação dos bairros populares da cidade ao processo de produção capitalista produz mudanças evidentes, incluindo o desaparecimento gradual da experiência, privando os moradores de sua história e da capacidade de integrar-se numa tradição. Desse modo, a desintegração da cultura é evidenciada por meio da conversão dos objetos culturais em mercadorias sociais, que podem circular e se converter em moeda de troca de toda espécie de valores, sociais e individuais.

um sistema de valores e comportamentos para que cada um consiga sair-se bem no seu papel social, mesmo que isto implique em certa dissimulação.

A questão do comportamento, por sua vez, está diretamente relacionada ao corpo. Este é visto como suporte fundamental da mensagem social (gestos, expressões faciais, palavras, postura) porque nele se faz visível o respeito ou os desvios em relação aos códigos e ao sistema de comportamentos (MAYOL, 2008). A *conveniência* é que vai conjugar o corpo propriamente dito, a maneira de se apresentar nas diversas instâncias do bairro e os benefícios que se espera obter do domínio progressivo dessas instâncias. Assim, Mayol (2008) destaca duas faces do conceito de conveniência: uma negativa, pois ela reprime o que “não convém”, o que não corresponde aos códigos aceitáveis pelo grupo social; e a outra positiva, pois se ela se impõe como coerção ela o faz com o objetivo de conseguir o benefício simbólico do *reconhecimento*.

Mayol (2008) vê nas relações cotidianas de consumo de alimentos e serviços elementos particularmente relevantes para compreender o conceito de conveniência e a linguagem corporal. Nessas relações de consumo, a conveniência constitui uma ordem de equivalência onde aquilo que se recebe é proporcional àquilo que se dá. Assim, há mais que uma relação econômica entre o comerciante e o freguês, há uma relação de fidelidade, de *reconhecimento*. No entanto, sugere que é preciso ter um equilíbrio para manter o contato estabelecido pelo costume e não cair em uma familiaridade excessiva. Situação essa que gera uma tensão que deve ser resolvida a cada momento pela atitude corporal (gestos, expressões faciais, palavras).

Nesse momento, pensando nas problemáticas da realidade vivida pelos habitantes de favelas de São Paulo, questiona-se: Qual será o significado dos trajetos no bairro para essas pessoas? Quais as diferenças para aqueles que vivem em lugares onde de fato é possível caminhar e aqueles onde os espaços são restritos, onde não há calçadas, ou que são delimitados por vielas e córregos, na maioria das vezes, sujos? Como o corpo se expressa nessas condições? Neste sentido, é preciso ter um olhar mais atento sobre o lugar de moradia e as condições de vida que influenciam não só as relações sociais, mas também a apropriação e os usos dos espaços.

2.3 Comunidades urbanas e condições de vida

Esta discussão da comunidade em torno da trama entre relações sociais e espaço abre caminhos para pensar outros elementos que se configuram a partir da realidade das comunidades urbanas, onde um e outro acontecem mediados por questões relativas à violência, ao desemprego e à falta de condições de vida adequada. Elementos que podem contribuir para esclarecer um pouco mais a dinâmica de vida nesses lugares.

Marques (2010)¹⁷ entende a pobreza como um fenômeno multidimensional influenciado por vários processos sociais ligados à inserção social e econômica dos indivíduos que ocorre de forma dinâmica no decorrer da vida. Enfatiza que a distribuição espacial da pobreza aumenta a complexidade do fenômeno, já que a inserção desses grupos no espaço urbano pode dificultar ou facilitar o acesso a bens, serviços e oportunidades. A sociabilidade é entendida como facilitadora desse acesso, auxiliando também os indivíduos no que se refere às trocas e ao apoio social. Assim, o autor considera as relações, os atributos individuais e a associação com o espaço pontos fundamentais para os estudos sobre pobreza urbana, o que sugere a importância da moradia e da sua localização nesse processo.

A esse respeito, Kowarik (2009) afirma que a moradia é o elemento essencial na determinação do padrão de vida urbana, sendo que ele deve receber ainda mais atenção devido à falta de políticas habitacionais massivas dirigidas para as parcelas mais pobres da população, o que leva, por sua vez, a ocupações irregulares e de baixa qualidade. Segundo o autor, a ocupação territorial continua acontecendo por meio da autoconstrução em loteamentos irregulares ou em favelas, em núcleos com baixa densidade populacional, em um processo que forma novas periferias, distantes dos centros onde se concentra a oferta de empregos e com condições precárias no que se refere ao acesso aos serviços coletivos.

Especificamente no caso da cidade de São Paulo, o autor mostra que atualmente o ritmo da expansão da *mancha* urbana diminuiu, porém ainda é expressivo. Isso porque a ocupação do solo não se constitui mais essencialmente na produção de novas periferias, o que foi marcante até a década de 1980, mas no adensamento das já existentes. Além disso, outras mudanças ocorreram nos processos de produção do espaço urbano da cidade, tornando mais complexos os extremos entre zonas centrais bem providas e periferias carentes. Já a partir da

¹⁷ Marques (2010) se propôs a compreender as condições da pobreza urbana a partir das redes sociais. Entre os resultados, constatou que certos tipos de redes de pessoas em situação de pobreza são empiricamente associados a melhores condições de vida, trabalho e rendimentos, o que demonstra a relevância da sociabilidade para a definição das situações sociais em um sentido amplo, e de pobreza, em particular.

década de 1990, Kowarik (2009) indica que ocorreram melhorias significativas na oferta de alguns bens de consumo coletivos. Em decorrência de uma volumosa inversão pública, vários conjuntos saíram da situação de precariedade, representando uma melhora na qualidade de vida urbana dos seus habitantes.

No entanto, observa que estas mudanças positivas da perspectiva urbanística tiveram como consequência a elevação do preço da terra, sem que houvesse concomitantemente uma política habitacional que ofertasse às camadas pobres acesso à moradia. Dessa forma, muitas famílias não tiveram mais condições de adquirir um lote e ingressar no processo de confecção da casa própria, levando um crescente número a habitar em favelas. Estas representam, junto com a autoconstrução em loteamentos periféricos e os cortiços, as principais formas de habitação dos grupos de baixa renda (KOWARIK, 2009). Entre elas existem, no entanto, diferenças marcantes, por exemplo, as condições da moradia e o modo como se dá a convivência nesses lugares.

No caso dos cortiços, o autor afirma que a relação entre os moradores é pautada tanto na aproximação como no distanciamento. A primeira acontece porque na maior parte do tempo é impossível não estar em contato com os outros moradores, assim torna-se necessário se relacionar para que se construam situações de cooperação e simpatia. O segundo também é considerado indispensável para a convivência, pois é preciso encontrar uma dinâmica que preserve a identidade pessoal e que torne possível lidar com a presença nem sempre desejada dos outros (KOWARIK, 2009).

Sobre a cooperação, Kowarik (2009) explica que ela é acentuada tanto pela existência de parentes ou conterrâneos ocupando os mesmos cubículos nos cortiços, como pela necessidade de ajuda mútua (tomar conta de crianças, trocar favores e assistência em momentos de crise). Assim, o enfrentamento das condições difíceis de moradia se dá também por meio dos laços de solidariedade e amizade. Por outro lado, não se pode esquecer que o cotidiano nos cortiços, mais do que nas favelas, é marcado pela presença indesejada do outro, a privacidade não tem seu tempo, pois “trata-se de um local em que ninguém é de ninguém, pois *‘ninguém tem seu espaço’*” (p. 283). Assim, seus moradores também têm que criar uma sociabilidade que inclua o retraimento.

Isso é perceptível também no texto de Hoggart (2001). As relações de boa vizinhança significam mais do que ter consideração uns pelos outros, mas que estejam prontos a “fazer um favor” para o outro. Considera também que elas podem ser “[...] consequência das condições de vida, pois essas pessoas que habitam quase umas por cima das outras, veem-se

forçadas a reconhecer que estão efetivamente todas nas mesmas condições. As relações com vizinhos que utilizam o mesmo sanitário tornam-se forçosamente íntimas” (p. 178).

Nesse sentido, Kowarik (2009) afirma que a qualidade habitacional “[...] altera-se fundamentalmente quando é ou não necessário dividir o chuveiro com 31 pessoas e a privada com metade desse contingente, como é o caso do João Teodoro” (p. 287), um dos cortiços da cidade de São Paulo pesquisados pelo autor.

A dureza de viver em tal condição pode ser percebida no contraste com a felicidade daqueles que conseguem sair dela. É o que presenciou Oliveira (2006) ao visitar o prédio de um antigo banco no bairro de Brás, que foi tomado por membros de uma associação de sem-tetos e que, posteriormente, virou moradia popular, sendo a obra realizada por uma cooperativa. Acompanhando o momento da entrega para os novos moradores, o autor registra o depoimento de uma senhora idosa que ilustra essa situação: “*Que beleza meu Deus! Agora vou poder ter tudo direitinho. Vou ter um banheiro só para mim! Só de pensar que não vou mais ter que lavar o banheiro para poder tomar banho...*” (p. 88).

Já no que se refere à casa própria da periferia, Kowarik (2009) afirma que o esforço não reside em evitar a presença do outro, mas, ao contrário, em buscar a ajuda mútua, a cooperação, no sentido de melhorar o bairro e dar continuidade à construção da moradia. É preciso conseguir desenvolver o entorno do loteamento, obter serviços públicos e privados. A questão de fazer valer os “direitos de cidadania” torna-se uma necessidade, pois é o meio pelo qual se conquistam a propriedade do solo e melhorias, rede de água, pavimentação, etc. Dessa forma, considera que melhoramento dos bairros, do qual deriva boa parte da qualidade habitacional dos moradores da periferia, relaciona-se também com a ação coletiva de seus habitantes.

Sobre as favelas, o autor ressalta que elas fazem parte da realidade de boa parte das cidades de médio e grande porte, e são “entendidas como ocupação de terra alheia, pública ou privada, cujas unidades habitacionais, barracos de madeira ou casas de alvenaria [...] muitas situadas em zonas insalubres ou em áreas de risco.” (KOWARIK, 2009, p. 81). A procura por essa forma de moradia se dá principalmente porque é comum o não pagamento de taxas, além de não ter aluguel. A esse respeito, Santos (2006) explica que, entre os tipos de consumo modernos que o indivíduo pode ter (das possibilidades que lhe sobram), alguns bens e serviços podem ser pagos fiado ou com a utilização de crédito pessoal e direto. Outros, porém, exigem pagamento à vista ou a assinatura de promissórias, o que significa a obrigação de ter dinheiro líquido em data certa. Como as despesas com a habitação se enquadram nesse

último caso, isso explicaria, em parte, o porquê de as favelas serem uma solução para a moradia.

Por outro lado, há o problema da discriminação dos seus habitantes que traz consequências como, por exemplo, seus moradores omitirem o local de residência para que não corram o risco de não conseguir emprego pelo fato de serem “favelados”¹⁸. A esse respeito, Vasconcelos (2010) relata que o pobre urbano se sente contido e envergonhado sobre a sua própria condição. Nas suas observações no Centro de Saúde “Dona Leonina” de Belo Horizonte, ele se surpreendeu com a frequência com que no guichê de recepção as pessoas escondiam dados sobre seu lugar de moradia, para que não fossem consideradas “faveladas”.

Além disso, há também diferenças em áreas de uma mesma favela, uma mais urbanizada e outra mais favelada (GÓIS, 2008); ou de acordo com depoimentos de moradores, uma parte “*é como uma cidade, uma comunidade*”, e outra “*um monte de lixo, ratos, mais violência, miséria pura*” (KOWARIK, 2009, p. 287). Isto é, existem diferenças tanto do ponto de vista da qualidade urbanística e habitacional como das condições sociais e econômicas dos que lá residem.

Kowarik (2009) reforça que essas três principais formas de instalar as camadas pobres têm vantagens e desvantagens, e é difícil fazer uma hierarquização em razão das grandes variações de cada uma delas. O autor mostra ainda como as relações são determinadas pela forma de morar e pelas necessidades decorrentes dela. No entanto, considera que são opções espoliativas de morar, tanto em relação ao trabalho como ao acesso a bens e serviços, já que inexistem políticas públicas massivas voltadas para a população pobre.

2.3.1 Política, economia e espaço

Em relação ao papel do Estado no provimento de diversas políticas, Marques (2010) menciona que vários estudos sobre o tema mostram que há um descompasso entre a distribuição da estrutura social com a estrutura de fornecimento de serviços; e a questão da

¹⁸ Outro exemplo é dado por Carreteiro (2003). Em pesquisa realizada com adolescentes de uma favela do Rio de Janeiro, a autora observou que quando estão fora do ambiente da favela os adolescentes passam por situações de preconceito “velado”. Dois casos são citados, um deles ocorreu na visita a uma exposição, onde a euforia dos jovens na realização de uma atividade foi atribuída por outras pessoas ao fato de serem “favelados”; e, em outro, a necessidade de deslocamento em maior quantidade para fazer as visitas ser acompanhado de monitoramento policial enquanto estavam no metrô.

segregação interferindo, por exemplo, nos processos de conquista de emprego. Tais estudos também indicam que em média há uma melhoria significativa da provisão de serviços para os mais pobres, mas, “[...] apesar disso, grandes desigualdades persistem, e a pobreza mostra uma dimensão territorial, levando a circuitos socialmente negativos de cumulatividade associados à concentração territorial de pobreza” (p.13).

Vasconcelos (2000), ao discutir as implicações entre qualidade de vida e habitação, lembra que, muitas vezes, os modelos habitacionais são elaborados de forma separada dos interesses comunitários, representam os interesses imobiliários e a política de moradia, e tentam mascarar a má distribuição do espaço nas cidades. Os modelos de habitação propostos reproduzem planos que não condizem com as necessidades habitacionais e não dão conta de atender a variedade de elementos relativos à qualidade de vida, como a acessibilidade dentro da própria moradia e a infraestrutura em torno das construções. Sugere que se pense em uma psicologia do habitar para considerar a subjetividade, a questão de gênero, da relação corpo-casa e do território como *locus* simbólico.

Nas palavras de Ecléa Bosi (2004), “recuperar a dimensão humana do espaço é um problema político dos mais urgentes. A sobrevivência de um grupo se liga estritamente à morfologia da cidade; esta ligação se desarticula quando a especulação urbana causa um grau intolerável de desenraizamento” (p. 76).

Especificamente no que diz respeito ao espaço público urbano, Serpa (2007) mostra que ele é fortemente determinado e transformado por interesses mercadológicos. Destaca a sociedade e as implicações do modo de vida contemporâneo sobre o espaço e as relações que se dão no mesmo. Uma das problemáticas que emergem desse contexto se refere à fragmentação do tecido sociopolítico espacial e à formação de entraves territoriais na rede urbana das metrópoles que leva, por sua vez, às formas de autosegregação dos habitantes. Segundo o autor, a urbanização, de modo geral, passa a ser modelada pelos circuitos de acesso aos espaços de consumo, sejam eles públicos ou privados.

Há também uma padronização do espaço e sua transformação em produto. De acordo com Serpa (2007), a análise das cidades modernas, das periferias urbanas e das novas construções mostra que tudo se parece. Os espaços tornam-se repetitivos, homogêneos. Resultam de gestos e atitudes também repetitivos que transformam os espaços urbanos em produtos que podem ser vendidos ou comprados. Contudo, o autor considera que o espaço público é, sobretudo, social e, por isso, contém as representações das relações de produção, que, por sua vez, enquadram as relações de poder, não só nos espaços públicos, mas também nos edifícios, nas obras de arte. No caso particular dos parques, o autor afirma que eles são

construídos com uma uniformização visual e funcional e os compara ao tipo de construção dos *shopping centers*¹⁹.

Estas considerações estão de acordo com as características do espaço da modernidade definidas por Lefebvre (2001), que são: a homogeneidade, a fragmentação e a hierarquização. Segundo o autor, o espaço homogêneo se fragmenta em lotes, parcelas, o que, por sua vez, produzem guetos isolados e “pseudoconjuntos” ligados de forma irregular aos arredores e aos centros. A hierarquia aparece na formação de espaços residenciais, espaços comerciais, espaços de lazer, espaços para os marginais. A homogeneidade encobre as situações reais e os conflitos implicados nos espaços. O autor ainda observa que essa lógica ou esquema do espaço se generalizou tanto que é possível observar efeitos semelhantes no saber, na cultura, enfim, no funcionamento da sociedade inteira.

No que se refere ao espaço social, Lefebvre (2001) afirma que ele não pode se reduzir a um simples objeto, a um produto. Por outro lado, ele também não é uma abstração, uma vez que engloba as coisas produzidas, compreende as relações em sua coexistência e sua simultaneidade. O conceito de espaço engendra um movimento dialético específico, que não anula a relação produção-consumo aplicada às coisas, mas a amplia.

Do mesmo modo, Serpa (2007) diz que, no caso do domínio público, ele não pode ser reduzido às dimensões materiais do espaço urbano. É ele que nos reúne, nos aproxima uns dos outros e, ao mesmo tempo, evita também que nos choquemos, o que está de acordo com Lefebvre (2001), para quem a forma do espaço é o encontro, a reunião, a simultaneidade. Essa reunião envolve não só os seres vivos, mas tudo o que há no espaço, tudo o que é produzido pela natureza ou pela sociedade: coisas, objetos, obras, signos e símbolos. Assim, o espaço urbano reúne as multidões, os produtos nos mercados, os atos e os símbolos.

O desafio maior da sociedade de massas não seria as multidões, a quantidade de gente, mas a perda da força de ligar os indivíduos, dialeticamente relacionando-os e separando-os (SERPA, 2007). O autor observa que atualmente o envolvimento cívico no espaço público é fraco, os comportamentos e as relações são movidos pela indiferença civil e pelo conformismo. O espaço público não é partilhado e, sim, subdividido em espaços privatizados, por meio da criação de barreiras simbólicas entre os diferentes grupos. Desse

¹⁹Segundo Lefebvre (2001), uma das lógicas da espacialização refere-se justamente à visualização, que é considerada uma estratégia, consciente ou inconsciente, mostrada na verticalidade das casas-torres, dos edifícios públicos e, sobretudo, dos prédios estatais. Pretende-se que por meio do visual o *poder* seja percebido.

modo, a efetivação da noção de espaço público não se reduz à soma de processos de apropriação por um coletivo de indivíduos.

Por exemplo, a convivência na vizinhança da cidade contemporânea ainda é muito condicionada pelas diferenças entre classes sociais. Segundo Serpa (2007), nos bairros populares, a limitação de oportunidades, a pobreza e o isolamento relativos à insegurança e ao medo acabam por fortalecê-la e torná-la parte fundamental da trama de relações familiares. Já nos bairros de classe média, os contatos entre vizinhos são mais seletivos e pessoais, pois o maior poder aquisitivo faz diminuir a necessidade de ajuda mútua e aumentar a necessidade individual de espaço, o que pode gerar um maior isolamento no mundo privado.

Com base na revisão desenvolvida, foi possível destacar a existência de uma dinâmica particular na comunidade, uma trama de modos de ser entre o grupo, as pessoas que a compõe, e as influências e trocas com a sociedade de modo geral, que superam o entendimento trazido apenas na discussão conceitual em torno do tema. Por outro lado, também se reconhece, como nos trabalhos de Kowarik (2009), Hoggart (2001) e Mayol (2008), situações que se aproximam das colocações conceituais.

As relações sociais se mostraram como algo fundamental na vida das comunidades urbanas, seja pela busca da melhoria da moradia e do bairro, seja para amenizar as dificuldades de um dia-a-dia comum, como nos mostraram Hoggart (2001) e Kowarik (2009). São elas que dão vida e significado à comunidade. Dessa forma, “as relações fazem parte do conjunto de elementos que constrói as condições de vida dos indivíduos em sentido multidimensional, produzidas de forma paulatina, tanto na constituição dos seus padrões de relação, quanto na aquisição de grande parte de seus atributos” (MARQUES, 2010, p. 188).

Particularmente no que diz respeito às condições de vida, os autores indicam que há fortes associações e efeitos entre esta e o modo de ser das comunidades urbanas. Mostram que elas podem carregar estigmas vinculados a preconceitos que subestimam e penalizam as pessoas pelo lugar onde moram. Mas são também exemplos de como lidar coletivamente com os problemas do dia-a-dia, de criar estratégias que permitem amenizar um viver muitas vezes comprometido pela pobreza, o que poderia levar os indivíduos a tornarem-se mais sensíveis aos problemas coletivos. E, em meio a tudo isso, ainda é preciso ter forças para também salvaguardar a própria individualidade.

A forma de morar marca substancialmente a convivência social. Isso pode ser percebido, por exemplo, no trabalho de Hoggart (2001) ao descrever a vida nos bairros proletários ingleses; de Kowarik (2009) ao tratar das diferenças entre aqueles que vivem em

cortiços, autoconstrução nas periferias e em favelas; e de Serpa (2007) ao indicar as diferenças entre os bairros de classe popular e média.

A moradia também traz alguns estigmas, como aqueles sofridos pelos habitantes de favelas, muitas vezes associados à criminalidade e à violência, o que representa mais uma problemática a ser enfrentada por aqueles que já se encontram vivendo em uma condição de vulnerabilidade social. Além disso, estas questões se enquadram em uma lógica espacial que é orientada muito mais por interesses políticos e econômicos do que sociais (LEFEBVRE, 2001; SERPA, 2007), que irão interferir também na relação que a comunidade estabelece com seu entorno e vice-versa.

Estes pontos, relações sociais, condições de moradia, espaço público-privado, discriminação... vão encontrar eco também na saúde. A saúde coletiva, de modo particular, é uma área que nos ajuda a compreender essas implicações, pois trabalha com uma perspectiva da saúde que privilegia as necessidades e os determinantes sociais de saúde. Nesse sentido, lidar com esse contexto pode tornar o trabalho em saúde denso e complexo, porém importante em um processo de mudança. Essa aproximação entre saúde e comunidade não visa entender esta última como passiva diante das condições que a caracterizam, mas que ela carrega consigo um potencial na busca por mudanças que lhe sejam positivas e que diferentes “forças”, como as ações de saúde, podem ser mobilizadoras desse processo.

3 SAÚDE, PRÁTICAS CORPORAIS E COMUNIDADE

Este capítulo tem por objetivo relacionar a questão da comunidade com o trabalho e as pesquisas em saúde para que se tenha um norte sobre o que está sendo desenvolvido nesse âmbito. Primeiramente, é preciso considerar que a discussão em torno da saúde, também quando relacionada às práticas corporais, será conduzida com base nos pressupostos teóricos do campo da Saúde Coletiva. Segundo Paim e Almeida Filho (2000), fazem parte desse campo de conhecimento: o estudo do fenômeno saúde/doença em diferentes populações, a investigação sobre a produção e a distribuição das doenças na sociedade como processos de produção e reprodução social e a análise das práticas de saúde na sua articulação com as demais práticas sociais. De modo geral, procura-se “[...] compreender as formas com que a sociedade identifica suas necessidades e problemas de saúde, busca sua explicação e se organiza para enfrentá-los.” (p. 62). No âmbito das práticas, o objeto de trabalho da Saúde Coletiva está direcionado às necessidades sociais de saúde. Atendê-las implica em lançar mão de distintos saberes, disciplinas e tecnologias materiais e não-materiais como instrumentos de trabalho.

Ao pensar na saúde, também quando relacionada às práticas corporais, o referencial da Saúde Coletiva se mostrou pertinente devido aos diversos problemas e dinâmicas envolvidos em meio à comunidade. Demandam, então, um olhar ampliado, que considere, além da visão biomédica, aspectos econômicos, sociais e culturais; e um diálogo e uma escuta sensíveis às pessoas, no sentido de que elas sejam integrantes dos processos que contribuem para compreender e agir na questão saúde-doença.

3.1 Saúde: pesquisa e intervenção no âmbito da comunidade

A comunidade se apresenta como um referencial que aproxima aspectos socioculturais e saúde, nos campos da intervenção e da pesquisa. De acordo com Castiel (2004), a “comunidade” é uma matriz conceitual marcante no campo sanitário, entretanto questiona sua abrangência e adequação aos fins propostos no âmbito da promoção da saúde. O autor emprega a categoria “sensibilidade epistemológica” do conceito de “comunidade” para

chamar a atenção para as palavras (e suas contingências) como configuradoras de categorias e teorias para abordar objetos sociológicos relativos às ciências da saúde.

Em relação à promoção da saúde, Castiel (2004) observa que as discussões conceituais sobre ela geralmente são inconclusivas, em função de suas atividades transitarem por campos teóricos diferentes – paternalismo/participativo; individual/coletivo – os quais são tratados de posições mais divergentes do que complementares. Há também uma gama de estratégias políticas que abrange desde posturas conservadoras²⁰, voltadas para transmitir ao indivíduo a responsabilidade de cuidar da saúde; reformistas, nas quais se priorizam as políticas públicas e as ações intersetoriais; até libertárias, voltadas para mudanças sociais mais profundas, citando como exemplo a educação popular. Esta situação faz com que se produzam formas diferentes de entender e de se fazer a promoção da saúde.

Demarca a entrada da ideia “comunidade” no campo da Saúde Pública a partir da década de 1960 quando surgem propostas de ensino, pesquisa e departamentos da área da saúde que recebem, por exemplo, designações como “medicina comunitária”. Considera particularmente importante o conceito de “comunidade” na promoção da saúde na medida em que ele pode direcionar definições prescritivas. Explica que

[...] ao condicionar o que deve ser uma comunidade, distintos profissionais de saúde passam a estabelecer determinados rumos em suas práticas de saúde sem atentar para as eventuais insuficiências do conceito empregado. Diante de resultados com baixa resolutividade das ações sanitárias, não costumam ser usual a preocupação, ao se avaliarem as razões para eventuais malogros, com a pertinência das categorias e teorias utilizadas (CASTIEL, 2004, p. 618).

Nesse sentido, sugere que um exercício crítico acerca da “sensibilidade epistemológica” do conceito de “comunidade” pode ampliar o debate teórico sobre as propostas de promoção da saúde, especialmente por avaliar que a compreensão que se tem acerca das comunidades hoje ainda é superficial, e de pouca contextualização em relação ao individualismo que se destaca no mundo atual. Assim, não representam adequadamente “as determinações e intermediações envolvidas nas questões que se relacionam *com comportamento de risco* no nível individual e medidas de promoção e prevenção em termos populacionais” (CASTIEL, 2004, p. 620).

²⁰Castiel (2004) destaca o conflito existente nas propostas mais conservadoras, pois nelas a ideia de uma “boa sociedade” está vinculada à produtividade, à competitividade e ao consumo que são marcas do mundo das economias globalizadas, que resultam nas “compulsividades” sobre a saúde das pessoas; por outro lado também pressupõem um maior controle sobre seus estilos de vida e de modos de amenizar a solidão e a carência do espírito de comunidade presentes nas relações das sociedades ocidentais contemporâneas.

Wong Un (2002) alerta que as estratégias de saúde de cunho comunitário também podem converter-se, no contexto da globalização excludente, em formas de diminuir responsabilidades do Estado e o gasto em saúde, com uma saída considerada simples e barata, ao aumentar a responsabilidade das comunidades justifica os menores investimentos. Do mesmo modo, elas podem assumir um sentido de publicidade ou forma de se conseguir mais popularidade em busca de poder político, o que mostra uma divergência entre a teoria e a prática propostas na promoção, atenção primária, participação e organização comunitárias. De acordo com o autor, essa divergência acontece também, pois ainda prevalecem nos programas nacionais e grandes projetos as lógicas hierarquizantes e biomedicalizantes, além do predomínio do economicismo.

Nesta linha, Valla (1999) discute o papel do Estado em prover as necessidades e/ou regular a oferta privada de serviços de saúde. Apesar de todas as disputas que se travam entre os setores público e privado, o autor afirma que o valor primeiro para se alcançar o atendimento efetivo das necessidades sociais das populações é considerar o que estas pensam sobre seus próprios problemas, assim como as soluções que constroem a partir de sua realidade. Considera como propostas relevantes nesse âmbito a educação em saúde, a participação comunitária e, de modo particular, o apoio social.

O apoio social refere-se a “[...] qualquer informação, falada ou não, e/ou auxílio material oferecidos por grupos e/ou pessoas que se conhecem e resultam em efeitos emocionais e/ou comportamentos positivos” (VALLA, 1999, p. 5). Os resultados refletem-se tanto naquele que o oferece como naquele que o recebe, o que possibilita um maior controle e sentido sobre a vida. Assim, o apoio social seria uma possibilidade de lidar com a questão da saúde de maneira mais duradoura e de viabilizar as soluções no domínio da própria comunidade (VALLA, 1999).

A educação em saúde “[...] é o campo de prática e conhecimento do setor saúde que se tem ocupado mais diretamente com a criação de vínculos entre a ação médica e o pensar e fazer cotidiano da população” (VASCONCELOS, 2010, p. 29). De acordo com o autor, no Brasil a educação em saúde tem passado por mudanças. Deixa de ser uma atividade isolada para abranger e ajudar a reorientar as diferentes práticas oferecidas nos serviços. Aos poucos, torna-se um recurso para fomentar a participação popular nos serviços de saúde, aproximando a intervenção da ciência na vida cotidiana das famílias e da sociedade.

Há também o exemplo da Saúde Comunitária que, de acordo com Góis (2008)²¹,

[...] é uma concepção de saúde e um conjunto de atividades voltadas para facilitar/favorecer processos relativos mais à saúde que à enfermidade, mais à prevenção e promoção que à enfermidade. Propõe-se como alternativa crítica aos serviços tradicionais e envolve todas as atividades realizadas na e com a comunidade em nome da saúde dos moradores (p. 104).

Ressalta que, em meio à comunidade, é possível que existam valores diferentes em relação à saúde e, neste sentido, é preciso criar espaços que tornem possíveis o diálogo, a vivência e a ação para construir um olhar e uma prática coletiva sobre ela. Nessa perspectiva, tem-se uma concepção de saúde que contempla diferentes atores, tanto no que diz respeito ao seu entendimento, como à participação nos processos intervenientes sobre a mesma.

Ayres (2007) realizou um estudo para refletir sobre os conceitos de saúde e doença, suas relações e limitações. Com base na hermenêutica, o autor conclui que “[...] não é da ordem de como fazer, segundo interesses e recurso conhecidos, que trata a saúde. É da ordem do quê fazer frente à necessidade de reacomodar-se continuamente, inerente ao estar vivo”. Algo mais complexo ainda quando pensamos a saúde em um contexto coletivo, como nas comunidades. Esta definição está pautada na ideia do autor de que o ser humano está sempre em uma incessante movimentação, transformação, em contato com o desconhecido, gerando diversas experiências de vida. Porém, devido ao fato de “[...] sermos finitos no tempo e no espaço e de não termos a possibilidade de compreensão da totalidade da nossa existência, individual ou coletiva, estamos sempre reconstruindo o sentido de nossas existências” (AYRES, 2007, p. 50).

Percebe-se que as questões relacionadas à convivência entre as pessoas, além das condições de vida propriamente ditas (moradia, trabalho, alimentação, transporte), fazem parte da dinâmica envolvida com a busca da saúde e com os resultados que se obtém sobre ela. A comunidade é um espaço rico deste ponto de vista, onde se encontram particularidades e necessidades diversas que irão gerar formas outras de “reacomodação”. Por isso, um olhar mais atento sobre seu modo de ser pode ser revelador no sentido de encontrar caminhos, saberes e estratégias presentes no seu cotidiano, que contribuam tanto para minimizar visões preconceituosas e parciais como para pensar as próprias elaborações teórico-práticas que se destinam a ela.

Vários estudos mostram um pouco dessas particularidades. Um exemplo acerca de programas de intervenção é dado por Figueiredo e Ayres (2002). Em pesquisa realizada na

²¹O autor também traz exemplos e estratégias de como desenvolver o trabalho em saúde com a comunidade, com ênfase na Psicologia Comunitária: GÓIS, C. W. L. *Saúde Comunitária: pensar e fazer*. São Paulo: Hucitec, 2008.

cidade de São Paulo, na favela Monte Azul, sobre intervenção comunitária e redução da vulnerabilidade de mulheres às DSTs/AIDS, os autores verificaram que, primeiro, são poucas as intervenções que acontecem nesse contexto e, segundo, após o desenvolvimento de diversas ações (treinamento de profissionais de saúde, grupos educativos, programas na rádio comunitária, entre outras), as estratégias que correspondem aos códigos, às demandas e aos interesses específicos da cultura local tiveram maior sucesso como ação preventiva. Esse resultado reforça a necessidade de aproximação da linguagem técnica/profissional dos interesses e da realidade das comunidades.

O trabalho de Sullivan et al (2001) pode ilustrar essa situação, sendo citado por trazer a perspectiva dos participantes. De acordo com os autores, a relação entre comunidade, saúde pública e os grupos de investigação médica é pobre, há uma distância entre pesquisadores e a comunidade envolvida. Isso foi percebido em um estudo na cidade de Seattle (EUA) que procurou compreender essa relação do ponto de vista dos próprios participantes das pesquisas de base comunitária. Os resultados mostraram que as pessoas se sentiam insatisfeitas com o foco das pesquisas, às vezes marcadas pela falta de aproximação cultural, desequilíbrio de poder e pelas dificuldades de comunicação, que acabavam dificultando a participação nos projetos. Sugeriram também que esses problemas poderiam ser amenizados se a comunidade fosse envolvida desde o início na definição das prioridades, do desenvolvimento e da implementação das pesquisas (SULLIVAN et al, 2001).

Outros estudos mostram as singularidades de comunidades específicas, relacionando o contexto sociocultural e a saúde. Pignatti e Castro (2008) pesquisaram moradores da área de entorno da Reserva Particular do Patrimônio Natural do Serviço Social do Comércio, que fica no Pantanal, Distrito de Joselândia (MT). Nesse trabalho, o objetivo central foi compreender o processo saúde-doença com base nos modos de vida e das práticas de saúde dessa comunidade, que tem como marca o movimento das águas da região. As autoras partem do pressuposto que saúde e ambiente são interdependentes, sendo o segundo entendido não só na dimensão natural, mas também na sua dimensão social, econômica, política e cultural, referindo-se aos espaços nos quais as pessoas vivem.

Verificaram que houve mudanças nos laços de solidariedade entre os moradores no trabalho e na produção de alimentos ao longo do tempo. No entanto, é por meio deles que ainda se mantém o modo de vida desse grupo, para resistir à pressão do poder e do dinheiro. Isso foi observado em determinadas situações como nas festas aos Santos e nas práticas populares de cura, fortemente vinculadas às crenças religiosas. Estas são “alternativas” utilizadas para lidar com os sintomas e as doenças, uma vez que foi constatada a falta de

infraestrutura sanitária e de serviços de saúde na comunidade. Para Pignatti e Castro (2008), o grupo de Joselândia se configura na resistência baseada nas relações familiares e de solidariedade, por exemplo, nas festas e no auxílio mútuo em momentos específicos de trabalho, como nas colheitas, e na fragilidade, devido às dificuldades do acesso ao trabalho, serviços de saúde e equipamentos públicos.

Neste estudo, as autoras também constatarem um processo ocorrido na região denominado de “modernização conservadora”, a partir dos anos 1970. Houve estímulo à modernização da pecuária, à construção de estradas, à expansão dos sistemas de pesca para turistas. Esta situação levou à desativação das grandes fazendas tradicionais de gado e impôs modificações no ritmo das águas e das comunidades locais. Afirmam que tal modernização mostrou-se perversa, uma vez que não trouxe maior inclusão das populações camponesas e ribeirinhas locais. Mesmo assim, identificaram diferentes formas pelas quais os moradores de Joselândia resistem, mesclando a historicidade da região e de seus moradores com as mudanças impostas pelo processo de modernização.

Nogueira e Mainbourg (2010) desenvolveram um estudo com a comunidade Pau Rosa, área rural que fica a 30km de Manaus (AM). O objetivo foi entender melhor a cultura e o saber local dessas populações, por meio da identificação de suas práticas de cura, suas formas de enfrentamento das doenças e de cuidado, para poder reconhecer como é estabelecida a relação entre ser humano e natureza. Destacam que são poucos os estudos que estabelecem uma vinculação direta entre o ser humano, seu ambiente natural e a influência da cultura, uma vez que ainda se priorizam, no que se refere ao tema, os impactos ambientais e os problemas relacionados ao crescimento urbano que interferem diretamente na saúde da população.

A partir do saber local do grupo rural amazônico estudado, pode-se reconhecer que a relação do homem com a natureza é mediada pela cultura em que ele está inserido. No processo saúde-doença, evidenciou-se a influência direta da natureza nas formas do homem enfrentar as doenças e de perceber-se doente ou com saúde, situações que geram condutas terapêuticas diferentes (NOGUEIRA; MAINBOURG, 2010). Os autores ainda perceberam que na comunidade Pau Rosa o homem rural amazônico cria, a partir do seu acervo de conhecimentos, instrumentos que lhe permitem conviver com a natureza que o circunda e se adaptar a ela. A natureza, por sua vez, é percebida de diferentes formas pelo grupo: como lugar para se viver, como causadora da doença, e como a que provém os recursos. Com base nisso, sugerem que os programas de saúde para a Amazônia precisam de um olhar

interdisciplinar que permita enxergar este homem como um grande estrategista dotado de diversos saberes.

Tais pesquisas são alguns exemplos que chamam a atenção para uma questão trabalhada por Wong Un (2002): será que os profissionais de saúde estão preparados para trabalhar com realidades tão particulares, e eu diria também tão diversas, como essas? O autor traz observações que relacionam a formação e a prática profissional no âmbito das comunidades. Com base em sua experiência prática com comunidades por cerca de dez anos, o autor identificou que situações particulares podem levar tanto a impasses, que comprometem o êxito das ações sociais em saúde, como a vínculos de amizade, cumplicidade e busca de objetivos comuns, que as favorecem. No entanto, é preciso estar preparado para identificar e lidar com essas situações no sentido positivo. A formação profissional tem papel fundamental nesse aspecto. Mas, segundo o autor, ao sair das universidades, as pessoas não estão preparadas para perceber e compreender um conjunto valioso de processos culturais e de formas de comunidade que se criam e se transformam de forma acelerada, segundo o contexto social contemporâneo.

É preciso que nossa capacidade compreensiva seja ampliada para contemplar estas realidades. Para isso, o senso comum da razão técnico-instrumental precisa ser colocado em suspenso, isto é, dar espaço também a outras formas de saber que, de maneira geral, são subestimadas. Nessa lógica, iríamos da rigidez e materialidade para a flexibilidade e subjetividade, num processo de abertura a todas estas dimensões (WONG UN, 2002).

Particularmente, no que diz respeito à saúde, os autores indicam que há implicações e efeitos da subjetividade, dos aspectos sociocultural e econômico sobre a mesma e, conseqüentemente, denotam a necessidade da ciência e da técnica os considerarem de forma mais efetiva, isto é, diminuir as distâncias entre suas elaborações e a realidade de sujeitos e coletivos.

3.2 Estratégia Saúde da Família: um olhar sobre o território

Neste momento, faz-se necessário discorrer de modo particular sobre a Estratégia Saúde da Família (ESF), uma vez que ela é empregada como referência na metodologia dessa pesquisa. A escolha se deu, primeiro, por estar presente em suas diretrizes o trabalho em saúde junto às comunidades (dessa forma seria possível aprofundar a compreensão do

trabalho em saúde nesse contexto); e, segundo, para ter o olhar dos profissionais de saúde que compõem as equipes de ESF que atuam na realidade dos territórios, contribuindo, assim, como respaldo para direcionar a definição da comunidade que será especificamente estudada. Por isso, dentro da proposta da ESF, foi dada atenção especial à questão do território.

Segundo Andrade, Bueno e Bezerra (2007), a ESF surge como uma política nacional de saúde em uma conjuntura rica de influências institucionais, como a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS); as experiências pontuais de modelos inovadores de atenção à saúde no Brasil; o perfil epidemiológico brasileiro e a pressão internacional por políticas consistentes de atenção primária à saúde. Sua implementação ocorreu de forma gradual e contínua, no sentido de responder às demandas individuais e coletivas de saúde, antes atendidas apenas pelo modelo hegemônico de assistência à saúde, centrado na técnica, no hospital e no médico. Assim, a ESF no Brasil não representa um projeto acabado de atenção primária, pelo contrário, é uma política pública em processo evolutivo (ANDRADE; BUENO; BEZERRA, 2007).

É preciso pontuar que o termo “estratégia” ao invés de “programa” saúde da família, como ficou conhecido quando foi implementado em 1994²² pelo Ministério da Saúde, passa a ser adotado porque, desde 2007, ele não representa mais apenas um programa setorial de saúde, mas se consolidou como estratégia prioritária para reorganização da atenção básica no Brasil; com base nos princípios do SUS (BRASIL, 2007). Tendo como pressuposto a atenção básica, a ESF deve:

- I- ter caráter substitutivo em relação à rede de Atenção Básica tradicional nos territórios em que as Equipes Saúde da Família atuam;
- II- atuar no território, realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo, mantendo sempre postura pró-ativa frente aos problemas de saúde-doença da população;
- III- desenvolver atividades de acordo com o planejamento e a programação realizados com base no diagnóstico situacional e tendo como foco a família e a comunidade;
- IV- buscar a integração com instituições e organizações sociais, em especial em sua área de abrangência, para o desenvolvimento de parcerias; e
- V- ser um espaço de construção de cidadania (BRASIL, 2007, p. 22).

Portanto, a ESF tem um papel fundamental no reconhecimento do território, particularmente acerca das questões de saúde-doença, todavia sem separá-las do contexto e da

²² Por isso, o termo Programa Saúde da Família ou a sigla PSF ainda são empregados com frequência e encontrados em textos da área.

participação da comunidade. A família e a comunidade passam a ser o eixo norteador das ações de saúde, com o intuito também de desenvolver a corresponsabilidade.

A experiência brasileira de ESF é considerada por Andrade, Bueno e Bezerra (2007) como distinta por ser construída no âmbito de um sistema de saúde público e universal. Definem-na como:

[...] um modelo de atenção primária, operacionalizado mediante estratégias/ações preventivas, promocionais, de recuperação, reabilitação e cuidados paliativos das equipes de saúde da família comprometidas com a integralidade da assistência à saúde, focado na unidade familiar e consistente com o contexto socioeconômico, cultural e epidemiológico da comunidade em que está inserido (p. 804).

Neste sentido, os autores afirmam que três conceitos são nucleares na ESF: a equipe de saúde da família, a unidade familiar e a comunidade. A equipe²³ é composta essencialmente por um grupo interdisciplinar de profissionais (um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem, quatro a seis agentes comunitários de saúde e, mais recentemente, uma equipe de saúde bucal com o odontólogo, auxiliar de consultório dentário ou técnico em higiene dental). Cada equipe é responsável pela cobertura de aproximadamente oitocentas famílias (3.450 indivíduos) residentes em território urbano ou rural, com limites geográficos definidos. Cada uma delas terá suas especificidades em função das características das comunidades que atendem, além da diferença no tempo de implementação, da capacitação dos profissionais, compromissos dos gestores, estabilidade de financiamento e do nível de apoderamento comunitário. A unidade familiar é vista como a célula biológica e social que inclui o comportamento reprodutivo, os padrões de socialização, o desenvolvimento emocional e os vínculos com a comunidade. Supera, assim, uma perspectiva de família fechada na composição de seus membros ligados a uma residência. Considera também variáveis que descrevem a organização e situação familiar e as características do ambiente onde a família está organizada. Já a comunidade representa a esfera sociocultural, delimitada essencialmente por contiguidade geográfica e primariamente definida por aspectos semelhantes da organização da vida dos indivíduos e dependência comum dos mesmos equipamentos sociais e governamentais (ANDRADE; BUENO; BEZERRA, 2007). Todos esses elementos ajudam a organizar e definir as áreas que serão atendidas por cada equipe de ESF, considerando também os locais de maior risco, a densidade populacional, a

²³ Atualmente, a Portaria n. 1.007 de 4 de maio de 2010 regulamenta a incorporação dos Agentes de Combate às Endemias (ACE) ou dos trabalhadores que desempenham essas atividades, mas com outras denominações, as Equipes de Saúde da Família. Disponível em: <http://www.portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/port_1007_4_5_10_agente_endemia.pdf>. Acesso em: 12 de março de 2011.

infraestrutura do entorno e de outros equipamentos como igrejas, escolas, associações comunitárias, praças.

É preciso considerar que a discussão em relação aos territórios na saúde tem origem em um processo anterior decorrente das mudanças ocasionadas pela Reforma Sanitária²⁴, iniciada na década de 1980 que resulta na formação do SUS, trata-se da formação do distrito sanitário. Este se configura em uma base organizacional e operativa desse sistema, no sentido de reordenar os serviços de saúde em nível local. Ele passa, “[...] fundamentalmente, pela definição de um espaço geográfico, populacional e administrativo, ao lado da coordenação de conjuntos de estabelecimentos de saúde localizados neste espaço” (MENDES et al, 1999, p. 160).

Segundo Mendes et al (1999), é inerente à definição de distrito sanitário uma dimensão territorial. Contudo, há que se precisar melhor o conceito de território, isto porque, de acordo com os autores, há duas correntes principais de pensamento que o entendem diferentemente. Na primeira concepção, o território é naturalizado como um espaço físico que está dado e completo. Estão presentes na sua definição os critérios geopolíticos, que o denominam de território-solo. Na segunda, o território é compreendido como processo, um espaço em permanente construção e reconstrução, produto de uma dinâmica social onde se tensionam sujeitos sociais no campo político. Tem-se, então, a concepção de território-processo. Ela vai além da redução do território como superfície-solo e das características geofísicas, apreendendo-o “[...] como um território de vida pulsante, de conflitos, de interesses diferenciados em jogo, de projetos e de sonhos” (p. 166). E, nesse sentido, mais coerente também com as discussões em torno do conceito de comunidade apresentadas.

A concepção de território-processo é que deve fundamentar o distrito sanitário, considerando que nele configura-se determinada realidade de saúde, que inclui “[...] as relações sociais, econômicas e políticas que se reproduzem historicamente, entre indivíduos e grupos populacionais existentes no território, reprodução esta condicionada pela sua inserção no conjunto da sociedade” (MENDES et al, 1999, p. 167). O que denota a influência, a “relação biunívoca” entre território e a produção de saúde, assim como com a educação e a cultura (SILVEIRA, 2009).

²⁴ A Reforma Sanitária diz respeito a um movimento que aconteceu na década de 1980 com a participação de diferentes setores da sociedade (intelectuais da área da saúde coletiva, profissionais do setor público dos serviços de saúde e movimentos sociais), que se organizaram em função das discussões relativas às modificações e melhorias para a saúde da população. Entre as proposições orientadoras deste movimento estavam a constituição do SUS, a universalização e a equidade do direito à saúde, a integralidade, a descentralização e a participação social (ANDRADE, 2006; COHN et al, 1999).

O território de um Distrito Sanitário é subdividido de acordo com as necessidades e possibilidades das práticas de intervenção: Território-Distrito (relaciona-se à lógica político-administrativa, pode coincidir com o espaço de um município ou da sua descentralização, como subprefeituras, no caso de municípios maiores); Território-Área (trata-se da área de abrangência de uma unidade ambulatorial de saúde e delimita-se pela relação entre trabalhadores de saúde e população em determinado território, é um espaço de organização básica da prática de atenção à demanda); Território-Microárea (é a subdivisão do território área e é definido de acordo com a lógica da homogeneidade socioeconômica e sanitária, isto é, de acordo com as condições objetivas de existência); e o Território-Moradia (refere-se ao espaço de vida de uma microunidade social, a família nuclear ou extensiva) (MENDES et al, 1999).

Ainda que haja essa subdivisão a fim de organizar o atendimento da população em relação aos serviços de saúde, é preciso ter como referência o entendimento do território-processo como algo dinâmico que não separa com limites rígidos, por exemplo, o território-microárea do território-moradia. Eles são contíguos e as trocas entre eles permanentes. Pode-se considerar, então, que assim como a comunidade se organiza e se constitui em torno de um território, a saúde, de modo geral, e a ESF, especialmente, também levam em conta essa organização para entender e pensar as ações de saúde vinculadas a um contexto específico.

A discussão acerca do território também é fundamentada na geografia. As ideias de Milton Santos aprofundam a visão acerca do conceito e contribuem para um melhor entendimento do território-processo. Primeiramente, o autor situa a noção de território com base no processo de transformação histórica. Faz uma crítica ao legado deixado pela modernidade incompleta de conceitos puros, fechados, sem revisão. Explica que antes era o Estado que definia os lugares, “o território era a base, o fundamento do Estado-nação, que ao mesmo tempo o moldava” (SANTOS, 1994, p. 15). Prevalecia uma noção jurídico-política do território. Hoje a vivência dialética do mundo concreto superou a noção de Estado-territorial para o que chama de noção pós-moderna de transnacionalização.

Santos (1994) ressalta que, assim como nem tudo era território “estatizado”, hoje nem tudo é “transnacionalizado”. No território habitado há uma dinâmica que cria novas possibilidades que podem, de algum modo, se impor ao mundo: “é o uso do território e não o território em si mesmo, que faz dele objeto de análise social. Trata-se de uma forma impura, um híbrido, uma noção, que por isso mesmo carece de constante revisão histórica. O que ele tem de permanente é ser nosso quadro de vida” (p. 15).

De acordo com Santos (1994), há uma nova construção do espaço e do novo funcionamento do território que inclui as “verticalidades” (pontos distantes uns dos outros, ligados por todas as formas e processos sociais) e as “horizontalidades” (lugares vizinhos unidos por uma continuidade territorial). Esses processos são permeados pela globalização e pela ciência, tecnologia e informação.

Na perspectiva do autor, no mundo globalizado agem, particularmente, a democracia de mercado (em suas diferentes formas: das coisas, das ideias, da política) e o neoliberalismo. Na democracia de mercado, o território é a base das redes que conduzem regras e normas utilitárias, parciais, do ponto de vista dos atores hegemônicos que favorecem as “verticalidades”. Do outro lado, as “horizontalidades” são enfraquecidas e forçadas a considerar a totalidade dos atores. Desse modo, esses elementos são usados “[...] para reduzir as possibilidades de afirmação das formas de viver cuja solidariedade é baseada na contiguidade, na vizinhança solidária, isto é, no território compartilhado” (SANTOS, 1994, p. 19).

Segundo Santos (1994), essas normas coexistem, e se há uma regulação exterior, esta se combina com formas nacionais e locais de regulação. Isso pode ser entendido com base na concepção de *território usado* do autor: “o território são formas, mas o território usado são objetos e ações, sinônimo de espaço humano, espaço habitado” (p. 16). Assim, tudo passa por ele e pelas ações humanas.

No que diz respeito ao papel da ciência, da tecnologia e da informação, Santos (1994) afirma que elas permitem que o território seja formado de lugares contíguos e de lugares em rede. Os lugares que formam redes e que formam o *espaço banal* (território de todos) são os mesmos, mas contêm simultaneamente funcionalizações diferentes, divergentes e até mesmo opostas. Para Santos, esse acontecer simultâneo é possível devido à ciência e à informação, vistas como elementos principais na função de reunir as diversas partes de um território, e que apesar de todas as formas de diferença, entre pessoas, entre lugares, permitem também a criação de novas solidariedades. Entretanto, pondera que a tendência atual é a de que os lugares se unam verticalmente, tudo concorre para isso, o que não anula a possibilidade de os lugares se unirem horizontalmente, “[...] reconstruindo aquela base de vida comum susceptível de criar normas locais, normas regionais [...]” (p. 19).

Portanto, a compreensão de território desenvolvida por Santos (1994) sinaliza para as mudanças decorrentes do processo histórico e da sua relação com questões políticas e econômicas. Ao mesmo tempo, o autor ressalta que todo esse contexto passa pelo processo ligado à “vida” do território, aos sujeitos, que no seu movimento diário, dão significação às

coisas. Nesse sentido, ele ajuda a compreender a preocupação de Mendes et al (1999) em não limitar o entendimento de território do distrito sanitário como algo apenas geográfico para pensar as ações de saúde. Remete também a questão da localidade envolvida na discussão anterior sobre o conceito de comunidade e, nesse sentido, vincula-a ainda mais à discussão da ESF.

Enquanto norteadora da atenção básica em saúde, a ESF solicita dos seus profissionais uma atuação também no contexto das comunidades e com problemas que excedem os de ordem estritamente biológica e individual. Neste sentido, Pagani e Andrade (2012) destacam que a ESF desencadeia processos que levam a necessidade de a área da saúde se apropriar cada vez mais da discussão sobre os territórios, de modo que “[...] incorpore questões sociais, educacionais, políticas e culturais, identificadas através do conhecimento dos espaços de encontro entre as pessoas, das redes de relações, de ajuda, das formas de solidariedade e lazer, de sua história singular, bem como do vínculo entre as pessoas e os serviços de saúde” (p. 98).

A aproximação com essas questões reforça a atuação das equipes multiprofissionais e faz com que o conhecimento do território possa contribuir para uma melhor compreensão de questões implicadas no processo saúde-doença, da elaboração das práticas de saúde e do envolvimento comunitário. Pagani e Andrade (2012) mostram, por exemplo, com base na experiência da cidade de Sobral/CE, a presença de um novo profissional, o *preceptor de território*, decorrente da proposta da residência em Saúde da Família. Este profissional geralmente já faz parte de uma UBS e assume o papel de um educador permanente de saúde. Para desenvolver suas atividades precisa “[...] conhecer bem a realidade epidemiológica, social, cultural e política do seu território e estar sempre próximo dos residentes e da equipe no desenvolvimento do processo de trabalho, bem como no que diz respeito à organização e gestão dos serviços” (PAGANI; ANDRADE, 2012, p. 99).

3.3 Educação Física e práticas corporais

Depois da aproximação com a “comunidade”, de discuti-la em relação à saúde, pretende-se agora aproximá-la também das práticas corporais. Para tanto, situou-se inicialmente a discussão em torno do campo da Educação Física no qual elas estão inseridas. Destacou-se o referencial epistemológico com questões relativas à educação e à saúde, que

notadamente marcam o campo. Em um segundo momento, priorizou-se estudos que, de algum modo, permitem uma discussão mais próxima entre práticas corporais e comunidade, sobretudo por meio das políticas e espaços públicos.

Valter Bracht (2003) trata da constituição da Educação Física e sua transformação no decorrer do processo histórico. Supera a discussão travada na década de 1980 sobre “o que é” a Educação Física para pensá-la na conjuntura atual de forma mais dinâmica e menos impositiva, no sentido de defender um modelo que a defina. De acordo com o autor, a preocupação acerca da compreensão da área acadêmica com suas características, que traz a noção de identidade, é despertada quando há necessidade de afirmação social e/ou científica, e sua legitimidade é questionada, ou quando há ampliação da área. O primeiro caso relaciona-se a um possível esgotamento da sua função social, isto é, da importância e pertinência das ações frente às demandas da sociedade; e o segundo ao surgimento de novas funções e subfunções que antes não faziam parte da área. Tais situações podem levar a uma diferenciação interna do sistema ou da instituição.

Dessa forma, a Educação Física não é vista como um campo fechado, com características imutáveis, mas estaria em movimento consoante ao andar da sociedade e suas transformações; movimento que se revela não só na caracterização e identidade da área, mas na formação do profissional e, conseqüentemente, na sua prática social (BRACHT, 2003). A relação da área com a saúde pode ser exemplo. Hoje, percebe-se uma ampliação das ações do profissional de Educação Física nesse âmbito, como pela implementação do NASF e das Políticas Nacionais de Promoção da Saúde (BRASIL, 2006) e de Práticas Integrativas e Complementares (2006), que agregam, respectivamente, a participação do profissional específico e as práticas corporais no setor público da saúde.

Luz (2007) considera que o campo da Educação Física tem se desenvolvido por meio de inúmeras práticas corporais, inclusive do esporte, e do crescente reconhecimento acerca do valor da atividade corporal no processo saúde-doença, não só do ponto de vista da importância cultural do corpo e sua “forma”, mas também pela noção de que “[...] os modos de viver socialmente agradáveis, resultantes da prática grupal de atividades corporais, podem alegrar e expandir a vida, pela partilha social de valores e convivialidades” (p. 13). Apesar disso, a autora observa que a participação da Educação Física no campo biomédico não tem sido significativa, tanto no que se refere à atenção em saúde, como na formação dos futuros profissionais, ressaltando a necessidade de maior conscientização e apropriação nesse sentido.

Esse panorama, de ampliação das possibilidades de um lado e da falta de apropriação profissional de outro, sugere um repensar da Educação Física e do seu papel

frente ao campo da saúde. Tal situação contribui para entender o questionamento de Bracht (2003) acerca do momento que a Educação Física estaria vivendo: de superação do processo de institucionalização; de uma crise de legitimidade, devido a um possível esgotamento de sua função social; ou de identidade, decorrente do aumento de funções sociais. Para responder essa questão, o autor afirma ser necessário considerar o momento histórico nas sociedades ocidentais modernas. Trabalha com a hipótese de haver um descompasso entre o universo simbólico moderno ainda dominante na Educação Física e o universo simbólico que está sendo construído no novo estágio da modernidade.

Segundo Bracht (2003), a Educação Física foi legitimada tendo como pano de fundo o universo simbólico da modernidade. Nele a ciência de caráter mecanicista “[...] fornecia coerência, que legitimava a visão mecânica de corpo, ou seja, integrava coerentemente o significado de corpo e movimento do subuniverso da Educação Física ao universo mais amplo da sociedade moderna, e com isso a legitimava no contexto cultural e societário” (p. 16). Assim, o respaldo necessário para dar identidade e constância ao campo era obtido, sobretudo, na ciência biológica, por meio dela orientava-se a intervenção e significava-se o corpo e a atividade física. Entretanto, o autor questiona se essa situação ainda é hegemônica ou coerente com as novas funções e demandas sociais solicitadas à Educação Física na fase em que vivemos da sociedade capitalista.

No que diz respeito ao conceito de práticas corporais, considerando esse panorama construído, ele poderia ser entendido como um sinal de rompimento com a tradição mais mecanicista na qual teve origem a constituição da Educação Física. Um termo designado não só para ser uma nova denominação conceitual, mas para abarcar esse quadro de mudanças e adaptações, no qual o diálogo com outras áreas e campos do conhecimento torna-se mais necessário e articulado com a Educação Física. Ele vem assinalar uma amplitude do significado das realizações do movimento humano e, ao mesmo tempo, um contraponto à definição de atividade física mais “fechada”, predominante na área.

Para Carvalho (2007, p. 65), “as práticas corporais, compreendidas como manifestações da cultura corporal de determinado grupo, carregam os significados que as pessoas lhes atribuem”. De acordo com a autora, isso denota que a experiência com o corpo produz modos diferentes de entender e intervir na vida. Na Educação Física, o termo também tem sido empregado por autores que mantêm um diálogo maior com as ciências sociais e humanas (LAZZAROTTI FILHO et al, 2010). Amplia, portanto, o referencial das ciências biológicas sobre o qual a Educação Física esteve mais fortemente baseada.

Nesse sentido, Vaz (2002) afirma que o fim do século XX trouxe vários desafios para o campo da educação e, consequentemente, para o ensino das práticas corporais. Muitos deles são decorrentes das diferentes formas que o corpo e suas expressões assumem no mundo contemporâneo: “[...] dos esportes convencionais à possibilidade de um tempo disponível para o lazer, da engenharia genética e dos clones aos modelos e estereótipos de beleza sugeridos, impostos, invejados e desejados” (p. 85). Assim, as técnicas corporais e o corpo assumem uma presença marcante tanto na ciência, como objeto de estudo de várias áreas de conhecimento, como na publicidade, que trata especialmente das técnicas relativas à beleza, ao emagrecimento, à diminuição do estresse e do ritmo de envelhecimento (VAZ, 2002).

Bracht (2003) também reconhece na educação um campo marcante de constituição do universo simbólico da Educação Física, sobretudo no início com as influências das instituições médicas e militares²⁵, fundadas no discurso da disciplina e da saúde/higiene corporal. Afirma que “[...] o sentido da intervenção aceito/legitimado foi o pedagógico, [...] vale a redundância de que o que caracterizava a intervenção da Educação Física era a pretensão da educação física da população” (p. 20). Inicialmente era a escola (Educação Física) que orientava e dava caráter educativo à ginástica também nos clubes. O autor observa que também o esporte foi incorporado pela Educação Física pelo viés pedagógico.

No entanto, atualmente Bracht (2003) pondera

[...] ser possível falar de uma despedagogização das práticas corporais, no sentido de que a legitimização de muitas práticas corporais não passa mais centralmente pela intenção ou função pedagógica, elas são legítimas por motivos, a partir de sentidos e significados que apenas tangenciam o pedagógico (p. 21).

Apesar disso, essas práticas corporais “[...] são sim ou continuam educativas, ou seja, forjam e conformam comportamentos e subjetividades” (BRACHT, 2003, p. 21). O autor fala em termos de uma perda de hegemonia da visão ou caráter pedagógico com que as práticas corporais estavam assinaladas no imaginário social.

No que diz respeito à saúde, Bracht (2003) considera que a legitimação pedagógica ainda está presente no discurso que a vincula às atividades físicas/ práticas corporais. Mas coloca em suspenso tal relação, devido a observações como a frequência sazonal nas academias (lotadas no verão e o contrário no inverno), o uso dos complementos

²⁵ Para maior aprofundamento sobre a influência médica e militar e a relação da Educação Física na área da educação, ver: SOARES, C. L. *Educação Física: raízes européias e Brasil*. Campinas: Autores Associados, 2004.

alimentares visando o aumento da massa muscular e os problemas de saúde causados pelos esportes de alto rendimento.

Assim, o campo da Educação Física se mostra diverso tanto nas práticas sociais como nos seus sentidos e significados, o que não torna tarefa simples contemplar todas as suas manifestações “[...] dentro de uma mesma instituição, num mesmo campo ou dentro de um mesmo conceito”. Uma possibilidade proposta é organizar a atividade acadêmica na área da Educação Física em torno de problemáticas teóricas respaldadas na intervenção social, que podem ser trabalhadas em pequenas comunidades de diálogo compartilhado. No entanto, elas “[...] só irão se sustentar a longo prazo se a intervenção social que elas fomentam e fundamentam com sua produção do conhecimento mantiver sua legitimidade social” (BRACHT, 2003, p. 23).

É importante considerar também que, segundo Carvalho (2006), a ciência e a técnica não deram conta de garantir a felicidade dos sujeitos, deixando em aberto as condições de fragilidade do ser humano, o que gera, por sua vez, sentimentos de insatisfação, inquietude e ansiedade em indivíduos e coletivos. O corpo, no sentido da corporeidade do sujeito, foi deixado em segundo plano, enquanto o corpo físico foi ressaltado nas pesquisas. Assim, há uma perda de valor sobre as práticas corporais, quando estas poderiam ser uma dimensão importante na busca de caminhos para o reconhecimento e a experiência com o próprio corpo.

Nessa lógica, se o estudo da comunidade sugere uma aproximação com a vida social que acontece entre seus membros, isso faz pensar sobre as possibilidades que as práticas corporais podem ter no contexto contemporâneo, além dos espaços institucionalizados escola, clube e academia, preferencialmente. Assim, olhar para comunidades específicas diante de sua configuração espacial e da sua situação social, econômica e cultural pode contribuir para nos ensinar mais sobre o papel/significado das práticas corporais, como visto no capítulo anterior em relação à saúde.

Matos e Ferreira (2007) realizaram um estudo na comunidade rural Nossa Senhora de Fátima no Igarapé Açu, no lago do Massauari, e na comunidade Sagrado Coração de Jesus, no Rio Ipixuna, subordinadas ao município de Boa Vista do Ramos, no Baixo Amazonas. O objetivo foi pensar a contribuição da Educação Física para a discussão ambiental, mas tendo como pressuposto que antes é preciso entender como as práticas corporais se desenvolvem nessas comunidades. Para tanto, os autores conciliaram o aspecto biológico, pois partem de uma descrição do ambiente estudado e das adaptações fisiológicas necessárias ao clima quente e úmido da região, com o sociocultural. As observações sobre as práticas de populações ribeirinhas da região amazônica foram realizadas pelos rios, lagos e

florestas, onde o cultivo do solo e o extrativismo da pesca, da caça e outros produtos regionais são atividades essenciais para manutenção da vida e reprodução familiar.

Os autores observaram que as práticas corporais nessas comunidades são diversificadas, permitem suprir necessidades básicas e se manifestam de acordo com o tempo das estações, com a manifestação da natureza, pontuando no calendário a organização fora e dentro das comunidades (chuvas e cheias dos rios, épocas de plantios, variedades de caça e pesca e a extração de produtos da floresta). Destacam o contraponto da realização das práticas corporais na sociedade ocidental contemporânea, vinculada à utilização do tempo livre, melhoria da saúde, treinamento atlético, etc., diferentemente das comunidades ribeirinhas, onde a ação corporal do ser humano está ligada a questões de existência ou da reprodução familiar que se dá numa relação com o tempo cíclico (MATOS; FERREIRA, 2007).

Perceberam também que a relação na qual o ser humano ainda depende do meio ambiente para viver nem sempre é harmoniosa, isto é, ela acontece como um enfrentamento, usam-se as forças naturais ou artificiais para vencer a própria natureza e conseguir mais comodidade e melhoria da qualidade de vida. A aptidão física indicada pela força, resistência cardiorrespiratória, muscular, equilíbrio, flexibilidade, entre outras, é importante à adaptação cultural ao ambiente. Assim, essas capacidades e habilidades físicas também assumem uma conotação diferente da que se verifica na sociedade contemporânea (MATOS; FERREIRA, 2007).

Finalizaram o texto considerando que associar o tipo de prática corporal observada às discussões sociais, culturais e ambientais é relevante devido ao fato de que essas comunidades estão se instrumentalizando cada vez mais, o que leva “a morte do saber fazer e a ressignificação do ambiente, como um meio de exploração e externalização da superioridade humana [...]”. Afirmam que tal situação é instigante aos especialistas, levando-se em consideração que a atividade diária é diferente da Educação Física, e questionam: “Mas onde cabe a educação física numa população em que as práticas diárias exigem grande empenho corporal? Sem dúvida, há pontos de convergência, mas as regras não podem ser as mesmas” (MATOS; FERREIRA, 2007, p. 86).

Em outro trabalho, Freitas e Silva (2009) estudaram duas comunidades quilombolas do município de Santarém, região do oeste do estado do Pará, que durante muito tempo serviu como ponto de referência para o controle e repreensão de escravos fugidos. Hoje abriga dez grupos remanescentes de quilombo. Tiveram como objetivos analisar e refletir sobre a relação do lazer com a saúde e articular com o poder público municipal a elaboração de políticas públicas para atender as necessidades dessas comunidades.

Fizeram parte do estudo as comunidades Murumurutuba, com cerca de 310 habitantes, e Saracura, com aproximadamente 826 habitantes. Ambas não possuem rede de saneamento básico, água e esgoto e utilizam a água do rio ou igarapés próximos aos mocambos. Também não há serviços de saúde, e nos dois casos, eles contam apenas com a presença de uma agente comunitária que tem seu trabalho dificultado em função da distância do posto de saúde mais próximo (FREITAS; SILVA, 2009).

Freitas e Silva (2009) relatam que as manifestações culturais afrodescendentes, como o candomblé, a capoeira, o jogo e outras, não foram notadas nas comunidades. Nesse sentido, chamam a atenção para o papel da escola, como uma possibilidade de resgatar as manifestações lúdicas tradicionais que constituíram o mocambo. Mas se faz necessário colocar em pauta o debate entre cultura popular, cultura erudita e cultura de massa de forma a possibilitar uma reconstrução da percepção da realidade de cada comunidade, em suas especificidades, e dos quilombolas enquanto grupo étnico de origem afrodescendente.

A falta de saneamento básico e a precariedade dos processos de obtenção da água, a superficialidade das práticas de lazer e o distanciamento das práticas lúdicas tradicionais realizadas nas comunidades acentuam a dificuldade de promoção e manutenção da saúde coletiva e reconhecimento étnico. Compreendendo o lazer como manifestação importante para a preservação da identidade cultural e para a promoção da saúde da coletividade, a pesquisa sugere inserir no debate pela regulamentação das terras e estratégias de congregação das diferentes comunidades quilombolas os temas cultura e saúde na interface com o lazer (FREITAS; SILVA, 2009).

Percebe-se que as práticas corporais são significadas e constituídas por grupos em relação ao meio e ao cotidiano em que vivem. O último caso nos mostra, por exemplo, que até mesmo em grupos onde determinadas práticas seriam esperadas a priori elas não corresponderam à situação encontrada pelos autores; e nas comunidades ribeirinhas elas trazem uma conotação muito mais vinculada ao trabalho e à subsistência do que ao lazer, à saúde ou ao rendimento físico. São exemplos que mostram, portanto, a complexidade da área da Educação Física no sentido de compreender a dimensão de sua função social onde uma mesma prática corporal, a depender de sujeitos e coletividades, pode carregar sentidos/significados diferentes.

3.3.1 As políticas e os espaços públicos aproximando práticas corporais e comunidade

Na pesquisa bibliográfica, especificamente no que diz respeito às práticas corporais, saúde e comunidade, percebe-se que há um distanciamento acerca da questão da comunidade em si. Por outro lado, a aproximação existe por meio de pesquisas que se articulam com as políticas e espaços públicos, em especial de lazer e saúde; das modalidades esportivas; e dos serviços de atenção básica à saúde.

O estudo de Molina (2004) é particularmente importante, pois a autora discute políticas públicas de lazer, participação cidadã e comunidade, tendo como referência o “Projeto Centro de Comunidade” da cidade de Porto Alegre. A autora menciona que no contexto brasileiro é relativamente recente a participação cidadã nos processos de organização social com força política, no sentido de ter um papel mais significativo no direcionamento das ações prioritárias da área social. São marcos as reivindicações sindicais nos anos 1950 e os movimentos sociais urbanos e rurais nos anos 1960.

O “Projeto Centros de Comunidade” foi implantado em Porto Alegre em 1970 e serviu de modelo para o “Projeto Nacional de Centros Sociais Urbanos” em 1975. Assim, os “Centros de Comunidade” representavam instrumentos importantes na mediação entre Estado e sociedade civil, na direção de responder certas demandas sociais urbanas da época (MOLINA, 2004). Porém, continua a autora, se por um lado o governo buscava o desenvolvimento comunitário através de estratégias de participação popular, com a ideia do “centro de comunidade”, por outro ele não se deu conta que desafios mais democráticos seriam postos à experiência anterior de prescrever comportamentos e atitudes nos moldes sectários e assistencialistas.

Molina (2004) tem como referência a experiência do “Centro de Comunidade Vila Elizabeth” (CECOVE), entre os anos 1974 e 1994²⁶, e direcionou sua pesquisa para conhecer “[...] o modo com que os moradores dessa comunidade, composta na época por seis Vilas, significaram, interpretaram e viveram as políticas sociais implementadas pelo CECOVE,

²⁶ A autora observa que as bases político-pedagógicas vividas atualmente no Município de Porto Alegre são distintas das que orientaram as gestões públicas da época considerada na pesquisa, resultando na sua tese de doutorado concluída em 1997, porém ressalta que a relação entre “comunidade” e processos participativos se apresenta ainda hoje como um tema a ser desenvolvido. MOLINA, R. M. K. *Las políticas sociales y la educación social. El impacto de las políticas sociales en las comunidades urbanas de la ciudad de Porto Alegre: estudio de un caso*. 1997. *Tesis Doctoral* - División de Ciencias de La Educación. Departamento de Teoría e Historia de la Educación, Universidad de Barcelona, Barcelona, 1997.

dimensionando seus impactos na vida pessoal, social e comunitária” (p. 14). Trabalhou com registros históricos, documentos e entrevistas, com participantes frequentadores e não frequentadores do referido centro. Identificou que a instituição estabelecia duas formas de contato com a comunidade: o primeiro acontecia por meio de programas, projetos e ações, vinculados sobretudo às práticas corporais esportivas não-competitivas, nos quais as pessoas participavam em grupo ou individualmente; o segundo era com um grupo de pessoas que a instituição contatava de forma regular para planejar, executar e avaliar programas e projetos de diferentes áreas e de interesse comunitário, normalmente com os “líderes comunitários”.

Acerca das influências/impactos da política e do CECOVE na comunidade, Molina (2004) observou que eles ocorreram em três âmbitos: na vida pessoal, na vida social e na organização comunitária. No primeiro estão incluídos relatos de mudança acerca da vida intelectual, da capacidade e predisposição à reflexão, da criatividade, da aquisição ou modificação de atitudes e valores em relação a si mesmo e aos demais moradores da comunidade, em função da participação nas atividades do CECOVE. O segundo considera os reflexos das políticas do Centro na dinâmica própria da comunidade e seu reconhecimento como lugar de produção de símbolos e de realização de rituais que conferiram a essa comunidade importantes identidades coletivas. O terceiro engloba a relação estabelecida entre o CECOVE e as demais entidades comunitárias no que diz respeito ao processo de organização e desenvolvimento comunitário, dos vínculos que estas entidades estabeleceram entre si. Estas foram mais intensas e sistemáticas até o final dos anos 1980, mas independentemente das variações que ocorreram nessa relação no decorrer do processo, o Centro continuava ocupando um espaço político importante no funcionamento e na organização comunitária.

Molina (2004) destaca também que os moradores entrevistados mostraram que o CECOVE conseguiu dar respostas à comunidade no período entre 1974-1994 em diferentes âmbitos: no *político*, no que se refere aos requerimentos de uma sociedade democrática, solidária e participativa; no âmbito *cultural*, entendido como espaço de reprodução social ou espaço de realização dos desejos subjetivos, de produção e transmissão da tradição; no âmbito *econômico*, no sentido de oferecer formação, especialmente de artesanato, para se incorporar ao mundo do trabalho. Além desses três âmbitos, os moradores atribuíram ao Centro respostas a outras necessidades referentes à saúde, à atenção judiciária e à assistência social. Tal quadro permitiu à autora concluir que houve retorno para várias demandas da comunidade, com destaque para o âmbito cultural, na medida em que não havia outro espaço público com esse fim.

Os resultados da investigação de Molina (2004) também apontam para os limites entre a relação do CECOVE e a comunidade. Nesse sentido os maiores problemas foram: o excesso de burocracia, a descontinuidade de trabalho e a falta de recursos. No decorrer do tempo, o Centro passou por rupturas e transformações em função das gestões, dos contratos e junções e do oferecimento de outros atendimentos/serviços. Porém, percebeu-se que os moradores agiam no sentido de compreender esses limites e de tentar superá-los.

Assim, embora se evidencie que ocorreram conflitos e inconstâncias no desenvolvimento do CECOVE do ponto de vista da gestão e das diferentes abordagens que orientaram a perspectiva de trabalho desse serviço, os resultados demonstram sua importância como espaço político: favoreceu tanto o funcionamento e a organização comunitária, como o desenvolvimento do sujeito em si e da comunidade como um todo, o que foi possibilitado não só pelo oferecimento de atividades e serviços, mas também por fomentar a participação das pessoas.

As modalidades esportivas se sobressaem quando se procura relacionar as práticas corporais a questão da comunidade, ainda que não em termos específicos, remetem, de algum modo, ao contexto coletivo e aos espaços públicos. De acordo com Stigger (2002), o esporte pode ser considerado um fenômeno sociocultural de grande relevância na sociedade contemporânea, o que é perceptível tanto a partir de um olhar para o cotidiano, observado num contexto social informal (práticas nas ruas, parques, praias...) ou formal (competições, eventos esportivos). No âmbito do esporte, a publicidade e o fator econômico também são notáveis, este último fortemente vinculado aos patrocínios e ao mercado de consumo de bens e serviços. O autor concorda com Bracht (1997)²⁷ ao considerar que o esporte tornou-se “expressão hegemônica no contexto das práticas corporais e de movimento” (p. 2).

Apesar de reconhecer que o esporte faz parte do cotidiano de muitas pessoas, sobretudo como prática de lazer, Stigger (2002) observa que poucos trabalhos têm-se voltado para o contexto cultural do local em que ele é vivido, pois, de modo geral, privilegiam-se as atividades esportivas na esfera dos grandes eventos esportivos. Sem desconsiderar a validade desses estudos, o autor considera que as conclusões muitas vezes são decorrentes de reflexões teóricas e de observações distanciadas do espaço concreto onde o esporte acontece.

Assim, Stigger (2002) se propôs a pesquisar o esporte além da sua versão oficializada, difundida globalmente e que carrega significações hegemônicas. A intenção é compreendê-lo segundo as *pessoas comuns*, por meio da experiência esportiva vivida no seu

²⁷BRACHT, V. *Sociologia crítica do esporte: uma introdução*. Vitória, Universidade Estadual do Espírito Santo, Centro de Educação Física e Esportes, 1997.

dia-a-dia como parte dos seus modos de vida. O esporte é, então, identificado como um elemento da cultura que, mesmo sendo considerado comum por aqueles que residem no espaço urbano, ao ser analisado com base nos seus praticantes e em situações específicas, pode apresentar outras características.

Stigger (2002) investigou três diferentes situações na cidade do Porto em Portugal: o *Grupo Castelo*, os *Caídos na Praia* e os *Anônimos*. No seu estudo, chamou a atenção não só como a prática do esporte acontecia de modo singular, mas também a forma como os grupos se constituíam e se mantinham a partir da prática esportiva. No *Grupo Castelo*, dedicado à prática do vôlei em uma praia, Stigger (2002) observou que, dependendo do ponto de vista que era observado, ele apresentava características de heterogeneidade ou de homogeneidade. Do seu interior percebia-se uma heterogeneidade relacionada à forma como cada pessoa significava a atividade, com seus valores e objetivos particulares. Já da perspectiva da relação do grupo com seu exterior, os participantes se identificavam como uma unidade, pontuando elementos que davam identidade ao grupo, diferenciando-o de outros. São exemplos a informalidade da atividade e o grau de exigência técnica e de rendimento que o grupo optava como conjunto. Assim, apesar da heterogeneidade presente no âmbito interno, os participantes compreendiam-se como grupo, pois diferenciavam sua prática de outras formas de viver o esporte.

Situação que foi verificada de modo diferente nos *Caídos na Praia*, voltado à prática do futebol. Stigger (2002) relata que esse grupo era mais fechado, incluindo, por exemplo, um processo mais formal para a entrada de novos elementos. Estava também vinculado a uma tradição maior, que dava certa previsibilidade à dinâmica dos encontros. A ideia de identidade era mais facilmente reconhecível, em função do grupo se manter há muitos anos pelo gosto de jogar futebol. Essa convivência mais duradoura favoreceu também as relações de amizade. Segundo o autor, diversos valores e estratégias dos *Caídos na Praia* foram formalizados, institucionalizados de forma escrita, e também ajudavam a manter a tradição por eles estabelecida.

Já o grupo *Anônimos*²⁸ diz respeito às pessoas que se organizavam para jogar futebol em um parque público, mas que não chegaram a ser caracterizadas como grupo por Stigger (2002). Partiam de outra lógica, baseada na imprevisibilidade das pessoas que iam ao

²⁸ O autor justifica a denominação desse grupo como *Anônimo*, pois, como observou, apesar de as pessoas jogarem há vários anos no mesmo local, os participantes em sua maioria não se conheciam anteriormente, não tinham informações sobre os parceiros, como a profissão ou local de moradia, e só conheciam o primeiro nome uns dos outros. Comenta que em certos casos não se chegava nem a saber o primeiro nome, os parceiros eram identificados por aspectos característicos como o “Guarda-redes”, o “Secretário”, o “Velho”.

parque para a prática do futebol. As relações eram estabelecidas no anonimato, os grupos esportivos estavam sempre em aberto e não havia compromisso acerca da exigência da presença regular dos participantes. Todavia, essa situação não impediu que o grupo desenvolvesse uma outra sociabilidade vinculada ao esporte, percebida na forma como as regras tinham que ser ajustadas a cada jogo, até mesmo durante a partida, e pela disputa/partilha dos espaços esportivos comuns que eram geridos por meio da negociação, elementos essenciais para manter a atividade.

Percebe-se no estudo de Stigger (2002) que, embora os grupos pesquisados possam ser incluídos em uma categoria comum, a prática do esporte como lazer, existiam especificidades em cada um deles. Elas aconteciam não só em função do local ou da modalidade escolhida, mas também pela forma como se davam as relações sociais entre seus membros, da maneira como se viam e se “enquadravam” nos grupos. As especificidades dos grupos inserem-se em uma fluência de serem mais ou menos fechados, mais ou menos técnicos, ou de terem mais ou menos conflitos. Em vários momentos da descrição do autor, é perceptível inclusive a noção de “Nós” e “Eles” (HOGGART, 2001), na qual os participantes se reconhecem em seu grupo e ao mesmo tempo os diferencia dos demais, com exceção dos *Anônimos*. Além disso, o espaço público torna-se um meio importante da viabilização dos encontros, da constituição dos grupos, seja no acesso de cimento entre o passeio e a praia que vira quadra de vôlei, seja no “campo” de futebol que é montado na areia da praia, ou que está disponível no parque público.

O espaço público informal da rua também abriga a vivência das práticas corporais. Nesse meio, o futebol²⁹ é uma prática muito presente. Damo (2007) realizou essa aproximação, considerando a rua não só um espaço físico, mas também social e uma possibilidade de pensar o futebol para além da perspectiva hegemônica, assim como Stigger (2002). A pesquisa foi realizada em uma rua “sem saída” chamada Leão XIII, também conhecida como “beco” pelos moradores do bairro Cidade Baixa em Porto Alegre, por meio de observações de crianças e adolescentes do local.

Nas suas observações, Damo (2007) notou que “a *rua* é seguidamente tomada como prenhe de positividade, como espaço de recriação por excelência, no qual prevalece a lógica da bricolagem” (p. 60). Para a prática da modalidade, as crianças/adolescentes lançam mão de diferentes recursos, que são ressignificados para viabilizá-la: sacos de lixo, bola

²⁹ Outro exemplo encontra-se em THOMASSIM, L. E. C. Imagens das crianças da periferia em projetos sociais esportivos. In: STIGGER, M. P.; GONZÁLEZ, F. J.; SILVEIRA, R. (Orgs.). *O esporte na cidade: estudos etnográficos sobre sociabilidades esportivas em espaços urbanos*. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2007.

murcha, traves com sacos de folhas secas. Além disso, desenvolvem o jogo no paralelepípedo, entre carros, sem calçado adequado. Todos esses elementos caracterizam as “peladas” da Leão XIII e, segundo o autor, poderiam ser tomados como signos que denotam um estilo de vida e mesmo uma representação de mundo.

Damo (2007) pondera que esse quadro também pode representar as dificuldades relativas à falta de equipamentos adequados de lazer, aos direitos das crianças e adolescentes. Sugere o cuidado de não “romantizar” esses estilos, uma vez que neles, como em outros contextos, também estão presentes conflitos, relações de poder e violências. A despeito disso, é preciso considerar o papel ativo dos sujeitos diante da situação, que possibilitam que esses diferentes elementos sejam, em certo sentido,

[...] intencionalmente engendrados, incorporados ao jogo a até mesmo imprescindíveis a ele, na medida em que o constituem como verossímil em relação as representações generalizadas de que é assim que se aprende a jogar futebol-arte. A arte residiria, precisamente, na capacidade de contornar o incontornável, no jogo de cintura, no bricolar com o corpo, com a moralidade, com a estética e assim por diante (DAMO, 2007, p. 60).

Já no estudo de Tokuyochi (2006), realizado em uma rua do bairro Jardim Elisa, que faz divisa com um bairro nobre da cidade de São Paulo, o Morumbi, mostrou-se que o futebol de rua tinha uma função socializadora ao possibilitar a convivência de pessoas de faixas etárias diferentes. Além disso, essa era uma prática incorporada ao cotidiano e à história dos moradores do local, história que também continha conflitos que levaram as pessoas a exercitarem a regra da boa convivência. Desse modo, a rua tornava-se elemento de identificação, devido às redes de sociabilidade formadas pelas relações de parentesco e vizinhança e pelas práticas de lazer.

A seguir, a aproximação com a questão da comunidade é desenvolvida considerando as políticas públicas, de lazer e saúde, os parques públicos e os serviços de atenção básica à saúde.

Stigger, Trentini e Freitas (2009) relatam os resultados de uma pesquisa realizada em dois parques públicos da cidade de Porto Alegre: o Parque Mascarenhas de Moraes, conhecido como Parque Humaitá, e o Parque Alim Pedro. O objetivo do estudo foi buscar elementos para compreender alguns fatores que interferem ou podem vir a interferir na construção das relações de sociabilidade que se dão no uso do parque. Acreditam que dessa forma seja possível trazer elementos para o desenvolvimento de políticas públicas de lazer, com base também nas expectativas e necessidades da população.

Formaram a base da pesquisa as observações e os relatos obtidos em entrevistas semiestruturadas realizadas com frequentadores e profissionais atuantes nos dois parques. Stigger et al (2009) observaram que ambos são identificados como espaços importantes das comunidades. Por exemplo, uma professora de Educação Física do Parque Humaitá conta que *“o parque é o coração do bairro”* e procura mostrar as repercussões dessa presença na vida do bairro, comparando-o com outros locais: *“as pessoas ainda cultivam descer para o parque e tomar chimarrão, conversar com os vizinhos do lado; nos grandes centros, isso não existe”*. Nas palavras da professora que atua no outro parque, ele se *“[...] presta para [...] essa coisa assim da integração, da efervescência da própria vila”* (p. 43).

Há também diferenças entre eles. O Parque Humaitá é frequentado principalmente aos sábados e domingos à tarde; as relações sociais são mais distantes e isoladas, por identificarem pessoas caminhando e/ou correndo sozinhas e pequenos grupos que não estabelecem contatos entre eles. Já no Parque Alim Pedro, a frequência das pessoas é mais contínua, levando-se em consideração tanto os horários como os dias da semana; as relações são mais próximas e amplas, das quais fazem parte inclusive usuários de drogas, que também estão sistematicamente no local, de acordo com a fala de um participante da pesquisa.

Nesse contexto, Stigger et al (2009) consideram a gestão e as políticas públicas, a história e o planejamento de cada parque e a sua relação com o entorno urbano elementos que interferem no modo como eles são apropriados pelas pessoas. Notam, por exemplo, que o sentimento de comunidade presente entre os frequentadores do Parque Alim Pedro pode estar vinculado à história do conjunto habitacional que tem uma memória cultural e arquitetônica marcante; foi planejado, originalmente, para certo grupo social. Já o Parque Humaitá insere-se nos arredores de indústrias e é caracterizado pela heterogeneidade socioeconômica, que leva às disputas entre os “blocos” e as “vilas” (STIGGER et al, 2009).

Os parques também são administrados por Secretarias diferentes. No Parque Humaitá, a administração é de responsabilidade da Secretaria Municipal do Meio Ambiente, mais atrelada às questões ambientais, o que ajuda a explicar o fato desse parque ser percebido como um reduto *natural*, e as atividades desenvolvidas pelos moradores serem mais autônomas e contemplativas. Já no Parque Alim Pedro, a administração é da Secretaria Municipal de Esportes, Recreação e Lazer, que promove atividades a fim de mobilizar os moradores próximos, inclusive com maior número de profissionais contratados. Desse modo, a maior frequência das pessoas, assim como a articulação entre elas, parece contribuir para a intensificação do sentimento de comunidade observado (STIGGER et al, 2009). Os autores

reconhecem nas políticas públicas um meio importante para potencializar o uso desses locais, onde cada parque deve ser visto a partir da sua dinâmica e de sua configuração particular.

Outros estudos ressaltam a comunidade e as práticas corporais nas suas relações com a saúde, considerando as políticas públicas e os serviços de atenção básica. Warschauer, Martins, Carvalho e Freitas (2007) apresentam um olhar ampliado da perspectiva da inserção das práticas corporais em um Distrito de saúde que envolve treze UBSs. Carvalho e Freitas (2007), por sua vez, focam uma comunidade atendida por uma UBS. São estudos que consideram os serviços de saúde como uma possibilidade de aproximar a pesquisa, o ensino e o trabalho com as práticas corporais na atenção primária à saúde e, ao mesmo tempo, ser outro caminho de acesso da comunidade ao cuidado em saúde.

No primeiro estudo, de acordo com Warschauer et al (2007), tradicionalmente, os modos de viver têm sido abordados numa perspectiva individualista, colocando os sujeitos e as comunidades como os únicos responsáveis pelas mudanças ocorridas no processo saúde-doença ao longo da vida. Contudo, partindo de uma concepção de saúde ampliada, os modos de viver não se referem ao exercício da vontade individual e comunitária. É preciso considerar, por exemplo, o contexto em que ocorre a vida, hoje marcado pelos avanços científicos e tecnológicos, pelo processo de globalização, pelas desigualdades sociais; no âmbito da saúde inclui-se também a Reforma Sanitária e a consolidação do SUS no Brasil. Neste último caso estão presentes a formulação e a implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) pelo Ministério da Saúde brasileiro. O objetivo desta política é promover a qualidade de vida e reduzir a vulnerabilidade e o risco à saúde que se relacionam com os determinantes e condicionantes: modo de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais. Entre suas ações específicas, destaca-se a necessidade de se investir em programas que enfatizem a atividade física/ práticas corporais, considerando a atenção básica em saúde como espaço privilegiado para a sua promoção (BRASIL, 2006).

Neste sentido, a pesquisa de Warschauer et al (2007) teve o intuito de mapear e analisar como se faz e em quais condições ocorrem as práticas corporais implementadas nas UBSs do distrito Butantã da cidade de São Paulo. Para tanto, desenvolveu-se parceria entre o Grupo de Pesquisa Educação Física e Saúde Coletiva e a Faculdade de Saúde Pública, ambos vinculados a USP. Identificou-se que das treze UBSs do distrito Butantã apenas quatro não propunham algum tipo de práticas corporais. Ainda que sejam poucas as modalidades, notadamente caminhada e alongamento ou *lian gong* e *tai chi chuan*, são práticas que

traduzem uma demanda da comunidade no que diz respeito à saúde, e o serviço, de algum modo, está se organizando para atendê-la (WARSCHAUER et al, 2007).

No que se refere aos critérios para a escolha das práticas corporais a serem implementadas junto às UBSs, os autores verificaram que a motivação e a experiência individual e a praticidade foram prevalentes para eleger determinada prática, no sentido de que elas podem ser conduzidas por profissionais com pouca especialização e que não expõem o “paciente” a um risco desnecessário. Outro critério foi adequar as ações segundo os grupos de maior morbidade, isto é, elegiam-se as modalidades em função das doenças, como a caminhada para hipertensos e obesos. Além disso, é preciso considerar que as escolhas também estão vinculadas às iniciativas da Secretaria Municipal de Saúde que ofereceu capacitação voltada para as práticas orientais devido ao foco do momento acerca da Medicina Tradicional Chinesa.

Nesse sentido, percebe-se que há um distanciamento dos desejos, limites, possibilidades e necessidades da população. A avaliação da escolha do profissional que conduz a prática nos revela que, apesar dessa escolha se dar de modo unilateral e de um longo caminho a ser percorrido, existem movimentos individuais e coletivos em busca de novos caminhos para a promoção da saúde (WARSCHAUER et al, 2007).

Já o outro estudo, de Carvalho e Freitas (2007), avaliou um projeto de Educação Física voltado para a comunidade atendida pelo Centro de Saúde Escola Samuel Barnsley Pessoa, vinculado à USP. A intervenção propunha uma experiência que agregasse as pessoas na implementação das práticas corporais (caminhada, alongamento, dança, jogos e brincadeiras), em encontros semanais. Participaram mulheres e homens de diferentes faixas etárias, com doenças como diabetes, hipertensão arterial e depressão, com e sem experiência das práticas corporais orientadas e indivíduos interessados. As pessoas chegavam ao grupo de diferentes formas: por sugestão do médico durante a consulta; divulgação na sala de espera; outros grupos oferecidos no serviço; ou ainda por aqueles que já participavam das atividades.

Em relação às características dos participantes destacou-se a heterogeneidade presente no grupo: a idade variou de 20 a 82 anos; diagnóstico diverso (hipertensão, diabetes, obesidade, dores musculares); e “sofrimento difuso” (desânimo, isolamento social, cansaço, mal estar generalizado, insegurança, impossibilidade de acesso a bens e serviços básicos e falta de perspectivas) (CARVALHO; FREITAS, 2007).

As autoras também chamam a atenção para o alto número de participantes que não tinham experiência anterior com as práticas corporais estruturadas (50%) e a carência de informação e conhecimento relativos aos conteúdos da Educação Física. Neste sentido,

reconhecem no SUS, especialmente na atenção primária à saúde, um espaço “estratégico” de atuação e articulação para o profissional específico com outros profissionais e setores e de acesso aos conteúdos da área. No entanto, os resultados mostraram que não é suficiente “informar” a comunidade, é necessário possibilitar a produção de uma experiência sintonizada com os interesses, necessidades e, sobretudo, com os valores que a comunidade específica atribui ao corpo e ao seu cuidado. Desse modo, exige-se do profissional uma atitude adequada e responsável e que tenha impacto para além do tempo e espaço do encontro das atividades.

A revisão de literatura e as experiências com a intervenção indicam que estudar o que é particular de uma comunidade implica em considerar uma gama de elementos que permeiam o local e as relações entre as pessoas. As políticas públicas são um elo relevante para estabelecer o vínculo entre as práticas corporais e a comunidade, assim como uma iniciativa potente à medida que induz e sustenta o acesso da população, seja nos “Centros de Comunidade”, nos parques ou no SUS. Os espaços públicos são reconhecidos pela comunidade como lugar de encontro, de convivência, e que viabilizam as práticas corporais vinculadas ao lazer e à saúde.

Diante disso, pode-se dizer que estes estudos deram suporte para entrar em campo com o olhar um pouco mais aguçado. No entanto, como visto, nada pode ser dito a priori, pois o espaço, o grupo e as relações são marcados não só pelo tempo, como alertam os autores Bracht (2003) e Vaz (2002), mas também pelo que ocorre de singular a partir da participação de sujeitos e coletivos.

4 MÉTODO

[...] a História não acabou nem a esperança morreu. Somos outro modo de ser, outro jeito, outra espera, outra vereda na universalidade do mesmo gênero humano e nas diferenças próprias da dinâmica histórica. O que sobrou do que nos tiraram é o que fecunda a nossa espera. Nossas privações são a nossa riqueza e o nosso desafio. Mas, com as ferramentas da cópia nada construiremos e nada compreenderemos.
José de Souza Martins

Na revisão realizada evidencia-se a singularidade e, ao mesmo tempo, a complexidade das relações que se estabelecem na vida das comunidades. Relações estas que não se dissociam do espaço, do tempo, das condições de vida que, por sua vez, determinam a linguagem, os laços de solidariedade ou o retraimento em busca da privacidade. Quando associadas à questão da saúde e das práticas corporais, percebe-se que existem políticas, pesquisas e intervenções que procuram valorizar e compreender as particularidades das comunidades, assim como estreitar os vínculos para fomentar um pensar e um fazer coletivo.

Essas situações sugerem que o valor de pesquisar a comunidade reside justamente em compreender um pouco mais sua dinâmica, seu cotidiano, não a recortando como algo passível de ser capturado, objetivado, quantificado. Não, a busca é pelo seu contrário. Na medida do possível ter essa visão mais contígua do acontecer cotidiano e das relações que se constroem na experiência coletiva.

Neste sentido, também não se objetivou enquadrar os dados em modelos fechados ou pré-concebidos de análise. A intenção foi compreender e apresentar a comunidade por meio da experiência dos profissionais de saúde e dos seus moradores e grupos tendo como referência o Centro Comunitário Raposo Tavares. É com base no cotidiano deles que se pretende relacionar a comunidade com a questão da saúde e das práticas corporais.

Para tanto, buscou-se respaldo metodológico em autores que fizeram do seu trabalho um meio de preservar e, ao mesmo tempo, trazer à tona os saberes e as práticas “esquecidos”, as falas e os dizeres subestimados, aquilo que muitas vezes é empobrecido por olhares sistemáticos, que se atentam apenas ao que é repetitivo, ao que se enquadra no estereótipo. São estudos que se dedicam a reduzir ao máximo a distorção do pesquisador sobre o sujeito e sua singularidade; que veem naqueles que vivem em situações de maior marginalidade fontes de saber, modos de ser diante das dificuldades que enfrentam

cotidianamente, e não apenas receptores do que o saber técnico e científico julga ser adequado.

Na proposta metodológica do livro “A sociabilidade do homem simples”, Martins (2008) mostra que é preciso

[...] tomar o que é liminar, marginal e anômalo como referência da compreensão sociológica. É nos limites, nos extremos, na periferia da realidade social que a indagação sociológica se torna fecunda, quando fica evidente que a explicação do todo concreto é incompleta e pobre se não passa pela mediação do insignificante [...]. São os simples que nos libertam dos simplismos, que nos pedem a explicação científica mais consistente, a melhor e mais profunda compreensão da totalidade concreta que reveste de sentido o visível e o invisível. O relevante está também no ínfimo. É na vida cotidiana que a História de desvenda ou se oculta (p. 11).

O estudo de Ecléa Bosi (2000) sobre as relações entre cultura popular, cultura de massa³⁰ e a leitura de um grupo de operárias da indústria paulista também orienta nesse caminho. De acordo com a autora, vários teóricos, ao caracterizarem a cultura de massa (ou indústria cultural) pela passividade e homogeneização, estão demarcando uma separação que não é simples de se fazer: “[...] entre uma realidade cultural imposta ‘de cima para baixo’ e uma realidade cultural estruturada a partir de relações internas no coração da sociedade” (p. 63). Propôs-se a investigar se existe nas sociedades industriais um sistema de ideias, imagens, atitudes e valores dessa segunda realidade, que corresponderia à cultura popular, assim como

³⁰ Bosi (2000) desenvolve a ideia de cultura popular e cultura de massa com base na relação entre elas. A cultura popular é discutida por meio das contribuições de: Antonio Gramsci, que analisa a questão em termos de estruturas ideológicas da sociedade, estando sempre ao lado da cultura erudita, institucionalizada, a cultura criada pelo povo; Elias Xidieh, que trata das características funcionais da cultura popular (coesão interna, vivência não consciente e emotiva, reelaboração constante); e Florestan Fernandes, que destaca a dimensão psicológica do fato folclórico, espontâneo e motivador, o que o faz ser constantemente revivido pelos membros de uma comunidade. Esta lógica pode ser ameaçada quando há uma crise na cultura popular, com sua desagregação e empobrecimento. As consequências disso se refletem na segurança subjetiva do homem e reduzem seu papel de criador e renovador da cultura para o de consumidor. No caso da cultura de massa, tem-se a participação da indústria que adapta a arte cultural ao consumidor. Ao mesmo tempo em que a indústria cultural “substitui” o folclore, ela procura dar a seus produtos uma aura populista ou popularesca. Considera o mercado como a categoria base para se analisar a indústria cultural; é ela que distingue uma cultura pseudopopular, ou popularesca, que é concedida às massas segundo a concepção preconceituosa que a elite do poder tem das “massas”. A questão do mercado também cria públicos específicos, como é o caso da *midcult*, pois a sociedade de massas articula-se a vários grupos sociais, devido a essa pluralidade a dicotomia alta cultura / cultura de massas não é suficiente. Para satisfazer as exigências desse público intermediário entre o refinado e o massificado, existe uma cultura média (*midcult*). Atribui a Dwight Macdonald a distinção, hoje corrente, da cultura antes chamada apenas de “popular” em cultura de massa e cultura média (*masscult* e *midcult*). Bosi (2000) destaca como uma diferença entre a cultura de massa e o folclore que a primeira não tem raízes na vivência cotidiana do homem da rua. Ela está pautada na produção de modas, mais distante daquilo que o sujeito produz em seu contexto. Sobre a possibilidade da cultura de massa absorver a cultura popular, a autora entende que, “tanto do ponto de vista histórico quanto como do funcional, a cultura popular pode atravessar a cultura de massa tomando seus elementos e transfigurando esse cotidiano em arte. Ela pode assimilar novos significados em um fluxo contínuo e dialético” (p. 65).

suas ligações com a indústria cultural. Para essa finalidade, torna-se necessária a aproximação com o mundo real do sujeito e sua cultura, como contraponto às massificações da indústria cultural.

Assim, Bosi (2000) direciona seu esforço para discutir a cultura popular e compreender o lazer e as leituras de operárias além do que seria esperado pelo direcionamento, de certa forma, imposto pela cultura de massa. Para tanto, a autora procura relacionar condição de trabalho, cultura popular e também a cultura de massa, mas sem determinar a priori o comportamento das leitoras.

No que se refere à saúde e as práticas corporais, sabe-se que estas também são fortemente marcadas pela indústria cultural. Luz (2003) nota que a saúde passou a ocupar um lugar de destaque na cultura atual e um dos motivos é o custo social que ela passou a representar para os indivíduos, para as famílias, para o Estado e a sociedade civil.

Gomes, Pich e Vaz (2006), por sua vez, argumentam que atualmente os indivíduos enfrentam diferentes desafios e oportunidades em relação ao seu corpo e à sua saúde, diante dos quais se criam processos reflexivos e de escolha. Destacam duas vertentes: a primeira considera que a própria ampliação do conhecimento acerca da saúde atingirá os indivíduos, em qualquer contexto, porém sem certeza do seu alcance em se conseguir uma “boa saúde”; e a segunda “[...] ressalta o abismo que se constrói entre a publicidade dos prazeres nos processos da indústria cultural, como o culto do corpo saudável, e o grau distinto e privado de acesso a eles” (GOMES et al, 2006, p. 146).

No que diz respeito ao campo da Educação Física, esse processo de ampliação do conhecimento também gera diferentes práticas e discursos sobre a saúde que, por sua vez, levam a sensação de dúvida e incerteza nos indivíduos sobre o que é “ser saudável”. Em meio à diversidade de informações, técnicas, produtos, o indivíduo tem que decidir sobre o que está disponibilizado e se responsabilizar por suas escolhas. Nesse contexto, a força da indústria cultural pode ser determinante no direcionamento dessas “escolhas” (GOMES et al, 2006).

Assim, acaba-se propagando visões normativas e unilaterais, isto é, que seguem a tendência do padrão hegemônico sobre a saúde, o corpo, as práticas corporais, que podem estar, dessa forma, dissociadas dos sujeitos e sua cultura, ou que minimizam suas possibilidades de mudança e criação.

Penso que da mesma forma como Bosi (2000) indaga se a indústria cultural seria o único elemento que norteia as preferências das leitoras operárias, é preciso zelar também para não buscar nos sujeitos dessa pesquisa apenas o que é aparente, padrões “massificantes” descontextualizados do seu modo de vida.

Por isso, uma aproximação com o cotidiano da comunidade, as relações, as práticas, as condições de vida, podem esclarecer e complementar essa observação, trazendo outros elementos para a discussão sobre a saúde e as práticas corporais. Assim, o trabalho de Bosi (2000) sugere o cuidado e a necessidade de ouvir e questionar de uma maneira aberta para que as pessoas possam indicar, além do que é perceptível em um primeiro momento, diferentes fatores envolvidos na investigação.

4.1 Delimitando o “território”

Pesquisar a comunidade exigiu-me fazer escolhas. Quando se fala em uma comunidade temos a ideia de um todo, que envolve uma área específica e as pessoas que convivem em seu entorno. Surge, então, o primeiro questionamento: O que observar? Como fazer para conhecer um pouco mais uma comunidade em um espaço amplo, na maioria das vezes sem limites precisos? Nas ruas, nas praças? De modo aleatório, diversificando os lugares? Nesse momento pensei que era preciso ter como referência espaços onde, de certo modo, a comunidade estivesse “concentrada” ou “representada”, como os Centros Comunitários ou Associações de Bairro.

Nessas instituições há, ao mesmo tempo, participação dos moradores da comunidade, parceria com outras instituições (igreja, UBS, prefeitura), desenvolvimento de diferentes atividades, inclusive assistenciais e, o mais importante, são pontos de referência para discutir e tratar de assuntos que são de interesse da própria comunidade e, ao mesmo tempo, atuam como apoio social. Além disso, ter espaços de referência também foi necessário para solicitar permissão para a realização da pesquisa, assim como construir aberturas que tornassem possível minha aproximação e mesmo o acesso à comunidade.

A segunda escolha a ser tomada era ainda mais difícil: Qual comunidade pesquisar? Pesquisar a comunidade de São Remo, que era atendida no CSE em que desenvolvi meu trabalho de mestrado, ou buscar outra? Como escolher uma comunidade se não a conheço? Como “encontrar” uma que minimamente apresente elementos presentes na discussão conceitual contida na revisão, sem perder de vista a associação com a questão da saúde?

Foi aproximando o próprio conceito de comunidade e o trabalho em saúde que direcionei a resposta. A maioria dos autores que tratam do conceito de comunidade faz

menção ao local, ao espaço geográfico, como algo necessário para se ter uma comunidade, ainda que não seja imprescindível uma delimitação precisa. A ESF³¹ faz o trabalho das equipes por áreas, que são denominadas territórios, definidos com base na área total atendida pelas UBSs. Neste caminho, há um estudo e um trabalho para a determinação desses territórios. Não teria, então, comunidades escolhidas aleatoriamente, mas de acordo com critérios geográficos, socioeconômicos e também de saúde. Além disso, ter a ESF como referência foi um modo de contemplar o conhecimento e a organização que este trabalho já construiu em relação às diferentes comunidades atendidas; compreender um pouco mais sobre a dinâmica e as particularidades do trabalho em saúde junto às comunidades; e identificar espaços organizados como Centros Comunitários, Associações de Bairro, que poderiam orientar a definição da segunda fase da pesquisa.

Com base nisso, identificou-se quais UBSs do distrito Butantã tinham sua área de abrangência integralmente atendida pela ESF³², visto que algumas tinham sua área coberta ainda parcialmente. Das treze UBSs que compunham a Coordenadoria Regional de Saúde e Supervisão Técnica do Butantã (SÃO PAULO, 2009), cinco possuíam a ESF integralmente: Jardim Boa Vista, Jardim São Jorge, Vila Dalva, Jardim D'Abril e Real Parque.

Então, de acordo com as delimitações dos territórios da ESF que compõe o distrito, foi organizada a primeira etapa da pesquisa em torno dessas cinco Unidades com ESF. O próximo passo era definir quem das UBSs poderia ajudar na aproximação com as comunidades atendidas a partir do trabalho em saúde junto a elas. Neste momento, optou-se pela realização de entrevistas semiestruturadas com os profissionais que coordenavam as

³¹ Entre as atribuições comuns de todos os profissionais das equipes de ESF está a participação no processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos; também a atualização contínua dessas informações; e a realização do cuidado em saúde da população envolvida, sobretudo no âmbito da Unidade de Saúde, no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros), quando necessário (BRASIL, 2007).

³² É preciso considerar que a ESF está em processo de expansão da área de cobertura do município, assim como da implementação do NASF. As informações utilizadas no projeto são referentes ao momento de sua elaboração, no final do primeiro semestre de 2009, para avaliação e autorização da Supervisão Técnica do Butantã para a realização da pesquisa e, posteriormente, ser submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. Hoje o site da Secretaria Municipal de Saúde disponibiliza um quadro onde constam oito Unidades que possuem ESF, com a ressalva de que a UBS Vila Dalva não é citada, apesar de também trabalhar com a ESF. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao_basica/esf/index.php?p=17783>. Acesso em: 19 jan. 2011. Já na publicação de Brentani et al (2010), constam como Unidades que fazem parte do “Projeto Região Oeste”, que representa o convênio entre da Faculdade de Medicina-USP e a Secretaria Municipal de Saúde, responsável pela provisão de ações e serviços de saúde na referida região, as UBSs Jardim Boa Vista, Jardim São Jorge, Vila Dalva, Jardim D'Abril e Paulo VI (que na época da autorização do projeto estava no início da implementação). Nesse documento é a UBS Real Parque que não é citada, pois os dados utilizados dizem respeito às Unidades que desenvolvem também atividades de ensino. Além das consultas a esses materiais, foram realizadas duas visitas à coordenação do “Projeto Região Oeste”, uma em 2009 e outra no início de 2011 para obter esclarecimentos.

equipes de ESF de sua Unidade, com o objetivo de buscar informações sobre as comunidades e contribuir com uma visão ampliada sobre o processo do trabalho em saúde das equipes.

O critério para entrevistar os coordenadores de equipe, em detrimento do agente comunitário de saúde (ACS) ou do gerente de Unidade, por exemplo, foi a possibilidade de ter visões da comunidade de diferentes perspectivas, pois o trabalho dos coordenadores agregava: os atendimentos individuais, as visitas domiciliares e os grupos (que aconteciam na UBSs e em outros espaços do território); o conhecimento dos ACSs (que levavam até as equipes os principais problemas, os relatos das pessoas e as condições da comunidade em si); e, a organização do trabalho da equipe, que incluía os demais profissionais, a definição de estratégias, os dados dos atendimentos e do território. Perspectivas que foram notadas nos resultados das entrevistas.

A entrada no campo teve início após a aprovação da Supervisão Técnica de Saúde do Distrito Butantã e do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde da cidade de São Paulo (Anexo A). Nessa fase da pesquisa, os procedimentos adotados foram o contato pessoal com as gerentes das UBSs para apresentar o projeto e pedir solicitação para fazer as entrevistas. A partir daí, segui os procedimentos estabelecidos por cada Unidade. Em duas delas fui apresentada pelas gerentes a cada coordenador de equipe³³. Assim, depois dos primeiros contatos, expunha o propósito da pesquisa e, posteriormente, agendava a entrevista, em dia e horário que fossem convenientes ao profissional. Em outras duas Unidades, foi solicitado pelas gerentes que eu participasse da reunião de equipe da UBS, momento em que apresentaria o projeto e conheceria os coordenadores, agendando, posteriormente, as entrevistas. Apenas em uma delas, a gerente sugeriu que os contatos e os agendamentos com os profissionais fossem feitos via correio eletrônico. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A) foi entregue antes de iniciar a entrevista, momento em que foi possível retomar o propósito da pesquisa, fazer outras explicações sobre a participação do profissional e também responder seus questionamentos.

No total foram realizadas vinte e duas entrevistas com os profissionais de saúde responsáveis³⁴ pelas equipes ESF: Jardim São Jorge (seis profissionais com formação em Enfermagem); Jardim Boa Vista (seis profissionais com formação em Enfermagem); Vila Dalva (quatro profissionais com formação em Enfermagem); Jardim D'Abril (um profissional

³³No Jardim São Jorge, por exemplo, fui apresentada durante a reunião de quatro das seis equipes da UBS. Assim, pude ter um contato com os outros profissionais e explicar a proposta da pesquisa para eles também. No Jardim Boa Vista, além das coordenadoras de equipe, também conversei com a enfermeira da Vigilância em Saúde da Unidade, por sugestão e intermédio de uma delas.

³⁴Não há exigência profissional específica para a função de coordenador de equipe. Eles são definidos de acordo com o trabalho e a organização de cada UBS, no entanto há predominância da Enfermagem.

com formação em Medicina, dois em Enfermagem e uma auxiliar de Enfermagem); e Real Parque (dois profissionais com formação em Medicina). Apenas um profissional não participou da pesquisa³⁵, da UBS Vila Dalva. Além das entrevistas, foi consultado o mapeamento acerca dos equipamentos sociais de cada UBS, quando disponível. Com os dados das entrevistas e dos mapeamentos se definiu a comunidade que foi estudada. A denominação das equipes por cores seguiu o padrão das UBSs que usavam essa referência para delimitar as áreas e as respectivas equipes responsáveis.

As entrevistas seguiram um roteiro (Apêndice B) que teve como objetivo conhecer o trabalho em saúde das equipes junto às comunidades assim como buscar dados que contribuíssem para caracterizá-las, conhecê-las, por meio do olhar daqueles que de algum modo estavam mais próximos a elas. Na sistematização do roteiro, houve preocupação em não restringir as perguntas a uma caracterização dos territórios limitada ao aspecto conceitual da comunidade ou sobre as práticas corporais diretamente. A intenção foi dar abertura para que os profissionais manifestassem a sua visão, buscando os indicativos a partir da experiência do seu trabalho com a comunidade.

Esse primeiro levantamento possibilitou ter um panorama geral da ESF no trabalho em saúde com as comunidades, da caracterização dos territórios atendidos e, com base nisso, a escolha da comunidade que seria estudada.

4.2 A caminho da comunidade: a observação no Centro Comunitário

Toma-se a comunidade como eixo norteador dessa pesquisa. É por meio dela que se discute a saúde e as práticas corporais. Para não perder esse referencial de vista, a condução da pesquisa teve como guia a seguinte pergunta: O que a comunidade nos apresenta e ensina para repensar e enriquecer nossos referenciais teórico-práticos sobre a saúde e as práticas corporais? Esta foi a segunda etapa da investigação e aqui se lançou mão da observação como técnica de pesquisa.

³⁵ Primeiro foram realizadas duas tentativas via correio eletrônico, como sugerido pela gerência. Como não houve retorno, tentei fazer contato pessoalmente nos dias em que estava na UBS para realizar as entrevistas com as outras profissionais, mas também não foi possível (atendimento externo). Depois, pedi confirmação do endereço eletrônico com a gerência e realizei a última tentativa via e-mail, também sem retorno.

As observações foram realizadas no “Centro Comunitário Raposo Tavares”³⁶ que se localiza dentro do território da equipe branca, durante encontros/reuniões ou atividades oferecidas de modo regular após, primeiramente, a autorização da administradora/secretária do Centro Comunitário e, posteriormente, de cada responsável pelas atividades/grupos. Antes do contato com a administradora, também conversei, por intermédio de uma agente da equipe branca e moradora da COHAB, com a “zeladora”, que mora com o marido e dois filhos em uma das salas do centro. Foi ela quem me orientou, inicialmente, sobre quais atividades eram oferecidas. Foi também esta agente que me apresentou à administradora.

O período de observação foi definido de acordo com a frequência com que as atividades aconteciam (semanais ou quinzenais), assim como com os limites de acesso da pesquisadora. O intuito foi acompanhar as atividades por um período que possibilitasse maior familiarização com o espaço e os grupos. Como a estratégia para mediar a entrada da pesquisadora no campo se daria por meio dos profissionais da UBS, os contatos com a coordenadora da equipe branca foram retomados logo após a realização do exame de qualificação em julho de 2011. No entanto, as atividades estavam interrompidas no Centro Comunitário devido ao período de férias. Por isso, as observações tiveram início em agosto de 2011 quando os grupos da equipe branca no Centro Comunitário foram retomados. A partir daí, conheci as outras atividades oferecidas no local que foram acompanhadas a partir do momento em que os contatos e as autorizações foram estabelecidos. Elas se estenderam até dezembro de 2011, quando o último grupo em atividade entrou em férias.

É preciso considerar que se o tempo de observação não foi maior em número de meses ele foi intenso do ponto de vista da frequência com que a pesquisadora esteve presente na comunidade, em média quatro vezes por semana, em períodos diferentes de acordo com o oferecimento das atividades. Além disso, também foram observados, de modo menos frequente, espaços fora do Centro Comunitário, mas que faziam parte da área da COHAB: a quadra, a praça e o parque. Para o registro das observações utilizou-se, inicialmente, um diário de campo³⁷. As anotações eram feitas de modo mais objetivo em um caderno durante

³⁶ Trata-se do Centro Comunitário da COHAB da área branca. De acordo com a entrevista da coordenadora, ele abriga atividades da sua equipe e também da equipe vermelha; tem uma administradora e oferece outras atividades não ligadas à UBS, como aulas de Judô, distribuição de leite e de cestas básicas. Ela conta também que esse Centro Comunitário é uma referência para a população e foi construído com apoio de uma igreja católica em um terreno que havia ao seu lado “cedido” pela prefeitura.

³⁷ O Diário de Campo agrega os registros escritos sobre as observações realizadas na pesquisa. De acordo com Minayo (2007), ele é como um caderno de notas que acompanha diariamente o investigador para registrar os dados que observa, como impressões e sensações pessoais e suas modificações com o tempo, conversas informais, comportamentos. Becker (1999) sugere que as anotações sejam realizadas o mais breve possível após a observação e que descrevam as situações, as conversações, a relação das pessoas entre e si com o espaço, o mais detalhadamente possível.

ou logo após as observações. Posteriormente, os dados eram desenvolvidos e acrescidos de outros detalhes por meio da elaboração de relatórios digitais.

Tinha-se como pressuposto da observação conseguir uma aproximação com a comunidade sem “alterar” seu cotidiano, para observar os grupos e as relações que se dão em seu meio. Entretanto, é preciso considerar que não é possível preservar o ambiente totalmente inalterado com a nossa presença, condição que pede equilíbrio entre aproximação e distanciamento. Isso porque em algumas situações o pesquisador só poderá perceber elementos importantes se houver condições mínimas de confiança e aceitação deste pelo grupo. Sendo assim, um suposto distanciamento para não interferir no meio pesquisado pode tornar-se fator de retraimento dos sujeitos.

Nas palavras de Martins (2009), “é uma ingenuidade imaginar que o pesquisador possa se tornar *participante* de grupos cuja situação social exacerba seus critérios de alteridade e torna precisa a linha que neles separa o *nós* e os *outros*” (p. 16). Justifica sua posição de recusar os pressupostos positivistas de neutralidade no relacionamento entre pesquisador e as populações estudadas, pois nas situações de conflito – como é o caso das fronteiras entre a dominação da sociedade “civilizada” brasileira e os territórios indígenas ou entre os grandes proprietários de terra e os camponeses estudados pelo autor – esse distanciamento pode impedir que os atores principais revelem os dados mais importantes.

Quando o intuito é apreender a realidade da perspectiva dos sujeitos e seu grupo, com seus valores, representações e modos de ser, a relação com o pesquisador é fundamental para que se propicie uma abertura, na medida do possível, minimizando as desconfianças entre pesquisador e o sujeito da pesquisa. Além disso, uma compreensão mais fecunda desses dados só será possível por meio da aproximação do contexto real vivido por essas pessoas. Desse modo, a realização das observações sugere um cuidado particular, um trabalho paciente, sem prescindir de uma postura ética em relação aos participantes, no sentido do respeito ao seu tempo, a sua história, ao seu ambiente, a sua linguagem, independente do seu envolvimento ser mais ou menos direto com a pesquisa.

Oliveira (2006), em estudo sobre a cultura solidária em cooperativas populares, conta que durante a pesquisa seu esforço esteve voltado para alcançar a confiança das pessoas. Foi fundamental expor claramente o significado da sua presença e da necessidade de acompanhá-las, para, depois, fortalecer aos poucos a nova interação por meio do tempo e da convivência. Lembra que a aceitação inicial dos sujeitos em receber o pesquisador não significa que ele seja merecedor de confiança, condição necessária para que as pessoas se sintam encorajadas a manifestar francamente seus modos de ser. Assim,

[...] o pesquisador precisa continuamente criar ‘laços’ que podem consolidar essa aproximação, sincera entre ambos, de maneira que as falas e as observações sejam mais leves e autênticas, destituídas de medos e superficialidade que, na ausência de confiança, podem conduzir tanto as falas como as atitudes (OLIVEIRA, 2006, p. 15).

No entanto, isso não é pressuposto na relação entre os sujeitos envolvidos com a pesquisa e também não é fácil de construir. Segundo Bosi (2004), às vezes, falta ao pesquisador maturidade afetiva ou mesmo formação histórica para compreender a maneira de ser dos sujeitos. Neste caso, sobressaem-se as representações individuais. Por outro lado, a autora sugere que tal limitação pode ser superada à medida que o pesquisador permite-se entrar no ritmo da pesquisa.

O desafio, portanto, está em minimizar ao máximo essa distância, uma vez que não se pode apagá-la. O exemplo extremo e comovente dessa tentativa de aproximação com a realidade vivida é encontrado no trabalho de Simone Weil (1996). Segundo a autora, “um homem de talento pode, graças às narrativas e com o exercício da imaginação, adivinhar e descrever até certo ponto, de fora [...]. Mas não vai muito longe”. Na sua perspectiva, é preciso estar mais próximo da condição do outro: “como abolir um mal sem ter percebido com clareza em que ele consiste?” (p. 154).

Assim, Weil (1996) se propôs a situar o problema da condição operária por meio do resultado de seu contato direto com a vida da fábrica. Dessa forma, encontramos em seu texto observações “sensoriais” em relação à sua experiência. Nas suas palavras está mais do que o problema do trabalho fabril, da exploração do operário, nelas estão cansaço, frio, dor, desgosto, indiferença e “servidão”. Estão também constatações que só puderam vir à tona mediante seu desprendimento de viver na pele a condição operária³⁸. Como ele constatou que o trabalho na fábrica se refletia na vida das pessoas além do cansaço físico, ele trazia também o impedimento do pensamento, da criação, da tomada de consciência de uma situação, minando a busca por mudança.

As suas observações mostram a importância de estar próximo e sensível à condição do outro, para compreendermos mais claramente o que pode estar movendo ou não

³⁸ É outro exemplo a contrariedade que se estabelecia entre o operário e as situações que introduziam mudanças no trabalho. Admitia-se que eles não sofriam com a repetição e a monotonia do trabalho, pois se notava que, muitas vezes, uma mudança de fabricação causava contrariedade. Weil consegue dar outra perspectiva dessa situação: “A mudança produz o alívio e, ao mesmo tempo, contrariedade; contrariedade às vezes forte, no caso de trabalho por peças, por causa da redução do ganho [...]. Mas, mesmo que o trabalho seja pago por hora, há contrariedade, irritação, por causa da maneira pela qual é ordenada a mudança. O novo trabalho é imposto de repente, sem preparação, sob a forma de ordem à qual é preciso obedecer sem réplica” (p. 155). Então, o que traz contrariedade não é a mudança, a diminuição da monotonia, mas a maneira como ela é imposta. Sem o seu envolvimento, provavelmente ficaríamos apenas com interpretação limitada e tendenciosa dessa situação, perderíamos as sutilezas que escapam da nossa compreensão imediatista.

suas atitudes. Desse modo, além de uma descrição marcante e real do operário e da fábrica, o trabalho de Weil (1996) remete também a uma questão metodológica. O seu desprendimento de viver dia-a-dia com aqueles e com a situação com a qual se queria entender mostrou que algumas coisas só podem ser percebidas, além do que é superficial, ou do que é esperado por opiniões pré-determinadas, se estivermos de fato envolvidos com o universo que pesquisamos. Em uma perspectiva bem mais humilde, me perguntei: Como compreender o que é uma comunidade e como ela se relaciona/lida com a saúde e as práticas corporais sem conhecê-la? Sem estar perto das pessoas que lá vivem, das relações que se estabelecem em seu meio, das suas condições de vida?

Fica no exemplo de Weil (1996), também como ser humano³⁹, a abordagem profunda e cuidadosa de seu estudo, que nos sugere um respeito autêntico não só pelas pessoas que pesquisamos, mas pela condição que têm na fábrica, na comunidade, na vida. E que essa postura não nos afasta ou “contamina” nossos dados, pelo contrário, pode trazer aos olhos aquilo que está por trás do aparente, onde o que de mais significativo está.

O trabalho de Bosi (2000) também é fundamento nessa direção. Orienta desde os cuidados na condução do período de observação e contato com os sujeitos, até o modo de direcionar perguntas, no sentido de conseguir clareza e maior proximidade com aquilo que de fato se quer investigar. Em “Cultura de massa e cultura popular: leituras de operárias”, Bosi (2000) nos lembra que

qualquer pesquisa sobre a leitura em meios operários se arriscará a ficar na mera constatação de que a indústria cultural provê o único alimento dos sujeitos considerados, a não ser que o pesquisador tente ir além da pergunta ‘o que lê uma operária?’, e indagar das potencialidades realizáveis nos entrevistados (o que gostaria de ler uma operária?) (p. 92).

Antes de determinar a priori é preciso relacionar os hábitos com as aspirações declaradas para verificar com objetividade a hipótese citada, pela qual a leitura mais procurada pelas operárias responde principalmente a tendências compensatórias, evasivas e gratificadoras. Nas palavras da autora: “a comparação entre o certo e o provável dá uma complexidade nova à sondagem e evita que se tome o factual pela fatal” (BOSI, 2000, p. 93).

Oliveira (1999), em seu livro “Vidas Compartilhadas: cultura e co-educação de gerações na vida cotidiana”, descreve os caminhos metodológicos utilizados na pesquisa sobre o universo cultural na vida cotidiana, e chama a atenção para o distanciamento entre pesquisador e pesquisado que pode surgir da aplicação de técnicas que buscam o total

³⁹ A esse respeito ver o texto *Simone Weil*. In: BOSI, E. (Org.). *Simone Weil: a condição operária e outros estudos sobre a opressão*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1996.

controle do objeto e que acabam gerando “[...] o esvaziamento da percepção em cada um de nós acerca dos homens, das coisas e do mundo” (p. 50).

Neste sentido, no caso da observação, é necessário não trabalhar apenas com o que é aparente, mas “[...] ensinar um reencontro do movimento e nele divisar contradições, acordes que dão ritmo a vida social”, e mais: “ceder ao convite para perceber sempre de novo, trabalho saliente e infinito [...]” (OLIVEIRA, 1999, p. 51). Isso é relevante porque, ao nos depararmos com o novo, os estímulos são muitos e nossos sentidos podem ficar “confusos”. De acordo com nossa atenção, aos poucos as coisas vão se tornando mais claras e constituem um sentido. É o trabalho perceptivo que colhe as determinações do real, as quais se tornam estáveis para o nosso reconhecimento por um tempo determinado (BOSI, 2004).

Assim, nas observações, é na dinâmica social que se dá o tempo que propicia a abertura para significar os acontecimentos, para encontrar o momento “maduro” para realizar aproximações, buscar compreensões mais profundas. Tempo que pode nos deixar um pouco mais distante da esfera do “Eles”. Algo que foi amenizado com a convivência que fui estabelecendo com as pessoas que frequentavam o Centro Comunitário. Foi com o tempo que o receio de fazer os primeiros contatos e de ter ou não a aceitação de cada grupo foi substituído pelas conversas, pelas trocas de informações e histórias, pelos cumprimentos quando andava na rua, pelos convites para participar de comemorações e eventos. É preciso estar consciente dessa outra temporalidade, que não é a do relógio ou do interesse imediatista do pesquisador. Na verdade, um desafio que inclui outros elementos da vida do grupo que queremos observar inclui a condição do outro.

4.3 Desafio posto: a comunidade como referência para pensar o trabalho em saúde e as práticas corporais

O percurso metodológico traçado, bem como o referencial teórico apresentado no qual me fundamentei para pensar o acesso ao campo, a relação entre pesquisadora-pesquisados, os cuidados na forma de conduzir a pesquisa, sugerem uma análise e uma utilização dos dados nas quais não se perca de vista a percepção do outro. O mesmo respeito e cuidado com o grupo investigado sugeridos na realização da pesquisa de campo devem fazer parte de um processo contínuo que se estenderá na análise dos dados. Os vínculos, os afetos, bem como as dificuldades, os conflitos e as limitações encontrados no caminho devem

compor o resultado final. Se a proposta é ter a comunidade como referência para se pensar o trabalho em saúde e as práticas corporais, é importante que a experiência vivida em meio dela seja orientadora nesse momento.

É preciso considerar que tive dois eixos de dados. O primeiro se refere aos profissionais coordenadores de equipe das UBSs que trazem uma visão sobre o trabalho da ESF na sua relação com a comunidade e uma caracterização geral do território e suas principais necessidades de saúde⁴⁰. O segundo é relativo à pesquisa com a comunidade e está voltado para conhecer como é seu modo de ser, percebido tanto nas atividades e organizações que se dão no Centro Comunitário, como na vivência/experiência dos moradores.

Inicialmente, esses dois eixos foram organizados, analisados e apresentados separadamente, para trabalhar com os dados proporcionados pelas formas diferentes de coleta e de campo: entrevista – UBS – coordenadores de equipe, e observação – Centro Comunitário – moradores. A intenção foi enfatizar o trabalho em saúde junto às comunidades, de um lado, e as relações da comunidade em seu contexto, de outro. Nos dois eixos de dados a análise foi conduzida de modo a estabelecer um diálogo entre estes e a literatura, com o fato de ter respaldo explicativo e elaborar questionamentos acerca dos dados recolhidos na pesquisa de campo e desenvolver considerações. Buscou-se tecer uma trama que identificasse pontos que se complementam, se afirmam ou se contradizem e que permitisse, a partir do todo, destacar aspectos percebidos a partir da referência temática da comunidade que se relacionassem às práticas corporais e à saúde, para compor a discussão privilegiando os objetivos da pesquisa. A seguir, descreve-se como esse trabalho foi realizado de modo específico em cada eixo.

Na fase I, a organização e análise dos dados incluíram a transcrição integral das 22 entrevistas com os coordenadores de equipe por UBS e a releitura do material. Em seguida, foi construído um quadro sintético com temas elaborados com base no que foi identificado nas falas e também com a orientação do roteiro da entrevista. No texto completo com a transcrição das entrevistas foram marcados falas e trechos que pudessem compor a escrita dos resultados. Assim, os resultados foram escritos com base tanto no quadro sintético como na visão geral do material das entrevistas com as falas dos coordenadores destacadas.

A análise dos dados foi conduzida procurando abarcar questões que originaram o primeiro objetivo posto para este estudo: buscar nas experiências e saberes relatados os

⁴⁰ Acredito que as orientações trazidas pelos autores foram fundamentais para os resultados obtidos, que se expressam no conteúdo das entrevistas. Várias delas tratam de problemas difíceis e até constrangedores em relação às pessoas e famílias atendidas e às situações vividas por elas na prática do seu trabalho. O que mostra que se estabeleceu uma certa aproximação e confiança com a pesquisadora na medida em que essa fase foi mais pontual, não havendo a presença contínua da pesquisadora como na observação.

indicativos que pudessem contribuir para o modo de pensar e realizar o trabalho em saúde junto à comunidade e, conseqüentemente, nortear a reflexão e a prática do profissional de Educação Física que cada vez mais se aproxima desse campo. A estratégia empregada nesse momento foi agregar os resultados obtidos à literatura e construir apontamentos que pudessem servir de respaldo para o profissional.

Na fase II, a organização dos dados incluiu a retomada de materiais que recebi como *folders*, guias, projetos, entre outros, durante a realização da pesquisa no Centro Comunitário e os relatórios digitais desenvolvidos a partir dos registros do diário de campo das observações. O material produzido nos relatórios foi relido e analisado perseguindo o segundo objetivo posto para este trabalho, que originou na análise dois movimentos importantes: o primeiro, mais amplo, foi trazer da experiência vivida no Centro Comunitário e da leitura das observações aquilo que a comunidade nos ensina de modo a termos subsídios para compreendê-la um pouco mais e encontrar elementos para pensar o trabalho em saúde e as práticas corporais; e o segundo, de modo particular, foi produzir no texto uma narrativa com as experiências no Centro Comunitário como referência do “real” e valor central dessa pesquisa. Por isso, será perceptível a diferença no modo da escrita entre os resultados das fases I e II.

É preciso pontuar também que priorizei o trabalho com a “integralidade” dos resultados, na tentativa de fazer prevalecer uma visão do todo e de minimizar os recortes e o descarte de dados obtidos. Para tanto, também lancei mão de vários exemplos de modo que eles ilustrem e evidenciem os resultados da pesquisa de campo. Os nomes que identificam as falas são fictícios.

É com base nelas que se espera relativizar saberes hegemônicos voltados para a saúde e as práticas corporais à luz da perspectiva da comunidade estudada. Isso porque, tanto na revisão de literatura como nas vivências da pesquisa de campo, percebe-se que na vida das comunidades urbanas há um caminho contínuo pela busca de melhorias em relação ao trabalho, ao reconhecimento social, à moradia, enfim, às condições de vida em um contexto amplo. Ela também não se limita ao rótulo de comunidade como sinônimo de favela, nem como sinônimo de um lugar onde se vive o tempo todo em comunhão com o grupo, em igualdade. As tramas que se estabelecem nas comunidades urbanas se apresentam muito mais complexas e dinâmicas, o que representa um desafio para os profissionais que trabalham com elas (algo muito presente nas entrevistas com os profissionais das UBSs que relatam experiências de angústia, de frustração, mas também de persistência e de êxito) e, em razão disso, merecem um olhar atento.

O intuito é relativizar e ampliar nossas compreensões, formas de conhecimento e intervenção junto àqueles que dão vida e sentido às ações propostas. É preciso mencionar também que são poucos os estudos na área de Educação Física que tratam diretamente da questão da comunidade e, nesse sentido, justifica-se a pertinência de investigações dedicadas a essa temática atual e objeto de interesse de diferentes áreas.

Retomo a pergunta norteadora desse trabalho: O que a comunidade nos apresenta e ensina para repensar e enriquecer nossos referenciais teórico-práticos sobre a saúde e as práticas corporais? Para encontrar direcionamentos, foi preciso estabelecer um diálogo entre a comunidade estudada e o trabalho em saúde, olhando para a primeira como lugar da experiência. Espera-se que, assim, possamos contribuir para a busca de fundamentos teórico-práticos que nos ajudem também a pensar nas práticas corporais nesse contexto. Não mudamos tudo com nossas pesquisas, mas é possível lançar alguma luz sobre o cotidiano das pessoas, sobre nosso modo de pensar, sobre a forma de se “fazer” saúde.

Nesse sentido, ao manusear os dados da pesquisa, notei que os resultados eram ricos do ponto de vista das experiências e dos casos relatados pelos profissionais. Além disso, a quantidade e diversidade de situações e até da complexidade de algumas narrativas especificamente, colocaram-me o desafio de o tempo todo não me perder em meio a elas. Podem ser exemplo as descrições dos territórios que mostram as condições de vida e as características das comunidades atendidas. Elas eram um convite a me debruçar sobre esses dados e desenvolvê-los em profundidade, para discutir as relações entre estes e o comportamento da comunidade e sua influência sobre o processo de saúde e doença. Ao mesmo tempo, se seguisse esse critério, correria o risco de ter que abandonar, por falta de tempo e de fôlego, outros aspectos importantes que resultaram das entrevistas da primeira fase e que, como era proposto, davam-me uma visão geral sobre o trabalho em saúde junto à comunidade.

5 TRABALHO EM SAÚDE E COMUNIDADE: APONTAMENTOS A PARTIR DA ESF NO DISTRITO BUTANTÃ

Neste momento são apresentados os resultados decorrentes da primeira fase da pesquisa de campo realizada em cinco UBSs do Distrito Butantã com os coordenadores de equipe de ESF⁴¹. Com eles, espera-se compartilhar a experiência e o saber dos profissionais, para tratar uma das questões postas para estudo: Como acontece o trabalho em saúde quando a referência é a comunidade? Quais são suas potencialidades, seus dilemas e desafios? É preciso considerar que não se trata de discutir os papéis dos profissionais ou descrever/analisar a ESF em si, mas de encontrar elementos que deem suporte para pensar a relação entre trabalho, saúde e comunidade. Além disso, é preciso lembrar que foi por meio desse “mapeamento” mais amplo que se direcionou a escolha da comunidade pesquisada especificamente na segunda fase.

5.1 O trabalho como processo

No caminho percorrido com a revisão de literatura, a ESF se mostrou como um modelo que tem em sua base a questão da aproximação com a comunidade e, por estar inserida na Política Nacional de Atenção Básica, representa uma vertente que viabiliza, de modo abrangente, a atuação de diferentes profissionais da saúde nesse âmbito. Por isso, as entrevistas com os profissionais das UBSs, algumas hoje já sob a denominação “Unidades de Saúde da Família” (USF) por serem consideradas Unidades “puras” de saúde da família, foram referência para compreender um pouco mais a dinâmica do trabalho que prevê uma atuação além dos muros dos serviços e articulada com a realidade local.

Ao iniciar o contato com as gerentes das UBSs e com os profissionais para as entrevistas fui procurando me aproximar um pouco dessas questões. O trajeto realizado pelo ônibus metropolitano até as Unidades colocava-me em contato com o novo: o acesso, a infraestrutura e as características das moradias, o entorno mais próximo das Unidades, a distância dessas do centro da cidade. Em alguns casos, como depois também aparecerá nas

⁴¹ O Apêndice C traz os quadros sintéticos da análise dos resultados das entrevistas das UBSs Jardim Boa Vista, Jardim São Jorge, Vila Dalva, Jardim D’Abril e Real Parque, que auxiliaram na construção do texto.

entrevistas, de um lado casas de alvenaria, escola com prédio conservado, ruas asfaltadas; de outro, vielas, casas e barracos se misturavam. Enquanto aguardava os contatos, a disponibilidade dos profissionais para realizar as entrevistas, também percebia um pouco da rotina do serviço, tanto no espaço físico (umas mais amplas, outras menores, sem espaço externo, ambientes mais ou menos acolhedores, uma delas estava em reforma) como na relação entre os profissionais e os usuários (forma de receber e o acolhimento na entrada da UBS, o movimento no balcão, os esclarecimentos e os desentendimentos também, as reuniões técnicas e de equipe, usuários que procuravam diretamente pelo profissional e os desencontros com eles, pois muitas vezes estavam realizando visitas domiciliares, as conversas com os recepcionistas que me orientavam em cada nova aproximação). Em todas elas, percebia um pouco as diferenças que, apesar da estratégia ser a mesma, cada UBS e, mais especificamente, cada equipe, lida e constrói seu dia-a-dia de modo distinto.

Mas as entrevistas com os profissionais permitiram conhecer não só a rotina do trabalho das equipes – quem elas atendem, o que fazem, como fazem – mas também a dinâmica das relações implicadas com a comunidade. As narrativas muitas vezes apresentaram grandes conflitos, onde a rotina de trabalho, por mais planejada que fosse, ganhava vida e complexidade à medida que se misturava ao ambiente de fora da UBS, mais imprevisível e menos estável, e a vida do outro.

É claro que o trabalho das equipes é respaldado nas prerrogativas da ESF e, neste sentido, os coordenadores descrevem, inicialmente, o que fazem com referência à organização, composição das equipes, cadastro de famílias, acolhimento, grupos, tipos de consultas. As prioridades apresentadas pelas equipes também dizem respeito ao programa da ESF, entre elas estão as ações voltadas para: hipertensão, diabetes, tuberculose e hanseníase, gestantes e crianças menores de dois anos. Dentro desse âmbito, há uma “retaguarda” para os profissionais. Contam com protocolos mais estabelecidos e recursos, como pedir certos exames ou prescrever remédios disponíveis nas Unidades.

Esses elementos foram geralmente citados de forma objetiva e no início das entrevistas. No entanto, o discurso ganha ênfase quando entra na trama a realidade das famílias e das comunidades onde atuam. Nesse momento, o trabalho não parece mais tão linear, a objetividade da descrição se dilui frente ao movimento da vida dos moradores em seu contexto. Ao considerá-lo fica difícil falar “apenas” das prioridades do programa, das doenças especificamente, do atendimento planejando. Os depoimentos exemplificam essa situação:

[...] os adolescente são uma questão importante pra gente né, até mais importante do que outras que o ministério de uma forma dá uma diretriz e

não considera muito a especificidade de cada território né. Então, nós temos que cumprir com as metas, mas essas metas não dão conta dessa realidade, então a gente precisa ir atrás de outras questões. Marisa

E uma coisa que toma também muito tempo da equipe verde são questões sociais de violência, de fome, fome mesmo, eu acho que eu nunca tinha visto antes de vir pra cá, eu nunca tinha visto gente em São Paulo realmente passando fome, desnutrido de verdade por falta de acesso à comida. Luciana

Eu tenho também o risco de eu tá trabalhando com pessoas que fugiram da cadeia⁴², que às vezes é... é... sei lá rapta alguém e coloca lá dentro... Então assim, é bem pesado em relação a isso [...]. Então tem horas que a gente não consegue fazer visita, “ó hoje não é dia de fazer visita lá porque...”. Ou já aconteceu, tá, entrar na praça e eles falarem assim “oh, toque de recolher porque a polícia vai invadir”. Eles avisam a gente antes e a gente sai. Eles sempre sabem bem antes quando vai acontecer esse tipo de coisa [...]. Rosana

No caso de uma das equipes do Real Parque que atende um grupo indígena, o coordenador considera que as normas e a formatação que existem na ESF e o próprio funcionamento do serviço muitas vezes “engessam” o trabalho e fica difícil desenvolvê-lo do modo como é determinado. Ele explica:

[...] a minha agente é pajé, então ela é chamada duas horas da manhã pra benzer, pra rezar, fazer uma ‘macumba’ [...], como é que eu posso exigir que essa mulher esteja aqui sete horas da manhã? [...] porque essa é uma condição diferente. A medicina indígena ela é diferente, não é melhor nem pior, mas ela é diferente. Claudio

5.1.1 “Como formigas”: resultados se constroem dia a dia

O trabalho em saúde próximo à comunidade já indica sua complexidade e também algumas contradições. Convive-se, de um lado, com as singularidades de cada área; e, de outro, com uma diversidade de questões que, como visto, se estende desde problemas sociais e econômicos até questões culturais e problemas de saúde que implicam, muitas vezes, em divergências entre um “modelo” e a realidade.

Entretanto, ao lidar com esse contexto diverso e dinâmico os profissionais reconhecem a importância da ESF para a comunidade em vários sentidos: melhorar o acesso

⁴² De acordo com a entrevista da coordenadora, o território que sua equipe atende é formado predominantemente por jovens entre 13 e 35 anos, onde 80% das mulheres são esposas/companheiras de presidiários. É um território bem peculiar no sentido que abrange uma praça que foi tomada de forma irregular e apresenta uma característica de “refúgio” onde há um grande número de moradores ligado de algum modo à criminalidade.

ao serviço de saúde, especialmente daqueles menos favorecidos ou que teriam dificuldade de chegar até ele de outro modo; agir em demandas específicas; acompanhar o processo de cuidado e poder adequar orientações, pois têm condições de saber quais problemas podem interferir nesse processo; conhecer a realidade a partir da qual se realizam planejamentos, com destaque para o ACS, considerado como um “tradutor da realidade” local; fortalecer o vínculo entre usuários e o serviço; “empoderar” a família e a comunidade; compartilhar e trocar saberes; intervir na dinâmica da prevenção; “ver além do indivíduo”; fazer atendimento integral; e levantar dados que possibilitam interferir nas políticas públicas. Portanto, as possibilidades criadas e os ganhos não são poucos. Destaco algumas falas nesse sentido:

[...] acesso não só no sentido físico e dizer “olha o fulano não vai conseguir vir aqui, vai lá”, mas no sentido de informar a população quais são os serviços que ela pode usar, que ela não pode usar. Luciana

A gente tem conquistas no sentido de fortalecimento dentro... não sei se da comunidade, mas falando em termos de família individual né, a gente consegue fortalecer a mulher, fortalecer o homem, fortalecer o jovem na questão do estudo, na mudança de visão. E, assim, isso é muito grande, fazer eles enxergar que eles estão hoje fortalecidos em virtude do nosso trabalho [...]. É possível ver o resultado positivo em muitos momentos, desse fortalecimento, de eles perceberem o que está acontecendo a sua volta. Por quê? Porque a gente tá na vida deles e eles estão nas nossas vidas aqui dentro e essa troca gera o fortalecimento de muitas famílias. Laura

Se a gente for pensar nos programas preconizados eu acho que, com certeza, a questão da saúde da criança a gente diminui a morbi/mortalidade infantil né, desde as consultas de pré-natal das mães também né. E assim, se não vem na consulta a gente já procura saber por que não veio, vamos remarcar essa consulta. Então a gestante que eu tive adolescente recente ela... a gente marcava a consulta ela não vinha, marcava consulta ela não vinha, eu tive que fazer uma visita na casa dela, conversar com ela, conversar com a mãe, pra poder fazer essa gestante vir fazer essa consulta [...]. Então assim, tentar entender o que que tava passando na cabeça dela, se ela tava pensado em abortar, o que ela queria fazer e dar as orientações que a gente acredita que fossem boas pra ela né. Então a gente conseguiu que ela viesse pro pré-natal, ela fez o pré-natal, eu já fiz a visita de recém nascido, tá tudo bonitinho e tal. Então essas coisas que a gente vai fazendo na vida de cada um. Joice

Os relatos mostram que os resultados são obtidos no decorrer do processo de trabalho, longo e contínuo. Algo percebido também pelo uso recorrente da expressão “trabalho de formiguinha” em diferentes momentos. Em relação à participação das pessoas, Mateus observa que ela “[...] é lenta, é um processo lento né, na verdade é um trabalho de formiga né, de vários aspectos”.

Eu acho que assim, é um trabalho de formiguinha, ao longo dos anos é que a coisa funciona. Hoje a gente tá começando a colher coisas que lá atrás a gente plantou. A intervenção que a gente fez há cinco anos atrás hoje ela tá

surtindo efeito, hoje esse paciente vem, hoje ele tem uma outra visão do profissional, hoje ele consegue entender a mudança de evitar [...]. Na saúde tradicional você não consegue intervir nessa dinâmica. Maria

É um eterno trabalho de forminha, todo dia um pouquinho, todo dia um pouquinho até que 'chega o inverno e você pode descansar em paz' (risos). Mas de alguns anos prá cá, bom eu to aqui há seis, eu diria que de dois anos pra cá a gente tem conquistado alguns pontos positivos, no sentido de mais pessoas em grupo, mais pessoas integradas aos agentes comunitários, mais pessoas interessadas no nosso trabalho, por que eu falo que é um trabalho de forminha? Porque de seis anos agora assim que a gente tá começando a ver a comunidade entender o que a gente faz. Laura

Essas conquistas são fruto das atividades programáticas, mas também do cotidiano do trabalho que pede ações diversificadas e a busca de recursos e estratégias que viabilizem esses ganhos a partir da compreensão e aproximação entre comunidade e serviço de saúde. Incluem a realização de parcerias e iniciativas que tentam ampliar a participação da comunidade, também no sentido de incentivar a mobilização social para a conquista de melhorias. Os seguintes depoimentos são alguns exemplos que ilustram o trabalho nessa vertente:

[...] a gente ajudou a população a se organizar, foi em relação ao córrego que transbordou e que eles não sabiam como se organizar e começaram a culpar os condomínios, culpar uns aos outros em vez de ver que era uma questão de política pública, uma questão da secretaria de habitação e saneamento que eles tinham que ir atrás. Então o que a gente pode ajudar é ajudar na organização, a gente reuniu representantes líderes da população aqui, eles são desorganizados, mas existem, e tentamos ajudar eles a chegar em algum ponto comum e eles conseguiram ir atrás e exigir, tanto que eles estão arrumando o córrego pro final do ano, por causa da eleições também, é claro, eles vão conseguir fazer um parque linear encima desse córrego. Marisa

Então, eu acabei entrosando, eu gosto, gostei, me entrosei com os índios, sei lá, eu aprendi tanta coisa com os índios, eu já fiz uma horta aqui atrás com plantas medicinais e to tentando fazer algumas coisas. E como eu tenho uma formação muito boa em cooperativismo eu tava pensando em formar uma cooperativa de trabalho aqui do agrupamento indígena [...]. Claudio

[...] pra desenvolver trabalho em conjunto né, às vezes, a gente quer fazer um trabalho educativo a gente vai, às vezes, eles tão com alguma dificuldade, surto de catapora... eles já ligam automaticamente pra cá, em caso de violência... A gente tem um bom contato, a gente faz reunião com as escolas, eles sempre mandam encaminhamento pra gente, a gente responde, procura trabalhar junto. Julia

Então, aí você faz um planejamento em cima de tudo, inclusive ações na comunidade. Aí envolve entidades, envolve escolas, creche e etc. E nós estamos planejando agora um mutirão que eu já fiz num outro [posto], que a gente começa com a destinação final de resíduos sólidos, mas na realidade a gente vê tudo, meio ambiente no total, reciclagem. Porque não adiante você

falar “não coloca o lixo aqui!”. Você vai colocar aonde? A coleta passou? A coleta passou e levou? Não, não levou ferro, tinha um microondas não levou, aí vem o “catabagulho”, mais aí o “catabagulho” não pega não sei o que, deixa pro outro, você tá entendendo? Aí o lixo vai ficando na rua do mesmo jeito. E o que fazer com o que não leva? Aí tem a reciclagem né, e tem como educar né, a educação também junto às escolas, as entidades. Dulce

Com esses dados, é possível perceber que o trabalho não é previsível, diante não só de cada sujeito, mas de cada situação ou dilema específico. As equipes lançam mão dos seus recursos e buscam aquilo que não está dado. E ainda que nas falas muitos profissionais sintam-se limitados no seu agir devido às condições que encontram nos territórios e nas famílias, com certeza, o movimento que os leva até o usuário em seu local de vida, e não o contrário, gera mudanças no seu entendimento sobre os modos de viver e suas relações com a saúde. São obrigados a confrontar o conhecimento e as ferramentas que têm *a priori* diante de uma realidade muitas vezes distinta e distante do que se tem estruturado, no seu trabalho é preciso dialogar, compor, reinventar. Valorizam não só o controle de uma doença, a redução de um agravo à saúde, mas também as melhorias no contexto de vida da comunidade e dos ganhos obtidos na perspectiva da constituição dos sujeitos.

Dessa forma, pensar em moldes mais rígidos de orientação para a ESF também apresenta limites. Nas entrevistas essa crítica aparece, especialmente pela avaliação do trabalho em termos quantitativos, o que diminui o espaço para reconhecer, por exemplo, as ações descritas pela Dulce ou pela Marisa, em que se nota a necessidade de envolvimento contínuo, o uso de diferentes recursos e profissionais, o trabalho intersetorial e a valorização do aspecto educativo. A burocracia dificulta a resolução de determinados assuntos, assim como a rigidez da rotina de trabalho.

Mas pro pessoal trabalho é atender o paciente, pra vencer essa coisa que é a dificuldade. Se eu não tiver atendendo paciente eu não to trabalhando, se eu tiver dando uma palestra ou assistindo ou qualquer coisa eu não to trabalhando eu to vagabundando, e isso é muito ruim na área da saúde. “Quantos pacientes o senhor atendeu?”, eu digo “não interessa, eu não quero saber quantos eu atendi”. Eu quero saber com que qualidade eu atendi, mas isso nunca me perguntaram, “com que qualidade você atendeu?”. Agora se eu atendi 10, 20... deixa ver na folha, hoje eu atendi 14, mas ontem eu atendi três, tem dia que eu tenho 20. Mas esse número aqui não tem significado, mas pra eles têm, porque é isso que vai constar não sei da onde. Não é questão de eu to certo ou to errado, não é isso, mas é que isso é um choque de interesses, mas tem o interesse do outro, pegar a pessoa, examinar, ver, analisar, discutir, etc. e o deles é preencher papel, preencher papel. Claudio

[...] estamos tentando fazer um trabalho intersetorial por iniciativa própria e em horários sem almoçar ou horários sem ter esse espaço mesmo. Por

que? Porque o programa, o PSF não prevê espaço pra isso, há cobrança de metas, há cobrança de número de visitas, de número de consultas e esse trabalho intersectorial que realmente agiria nas raízes dos problemas ele nem tem como... ele nem aparece na produtividade, entendeu. Então o programa em si te poda pra isso e o que você consegue fazer é por iniciativa do próprio serviço. Marisa

Apontamento 1 - Transformar o trabalho a partir da interação com a comunidade

Os relatos mostram que há um planejamento e uma organização do trabalho em função das prerrogativas da ESF. No entanto, seu cotidiano é alterado no momento em que as equipes interagem com as comunidades. Cria-se um movimento em que interferem não só demandas e práticas, algumas já previstas e reconhecidas pelos profissionais, mas também a dinâmica da vida das pessoas e da própria comunidade. Como no caso da equipe que atende o grupo indígena, adequando o trabalho sem desconsiderar a cultura local; da equipe da Luciana que modifica a distribuição do tempo dedicado às ações, às vezes, deixando de realizar atividades de “promoção à saúde”, em função da gravidade dos casos encontrados; ou da equipe da Rosana, que tem o trabalho realizado no território interrompido por dois, três dias, devido à relação da área com o crime. São exemplos que mostram uma readaptação constante do trabalho e que aparecem também em outros momentos das entrevistas.

Assim, a cada realidade contemplada desafia-se o planejamento e a programação em saúde, pois se encontra questões que “modificam” o trabalho em termos de prioridade, tempo, pessoas envolvidas, prática e até da efetivação do atendimento. Muitas vezes os profissionais são solicitados em questões que nem sempre se relacionam diretamente ao “leque” de recursos disponíveis e ações previstas. Entra em jogo também a capacidade de mediação, o que indica a relevância das relações que se estabelecem entre a comunidade e o tipo de trabalho desenvolvido pelas equipes.

Dessa condição é possível considerar que trabalhar com a comunidade e a realidade dos territórios ultrapassa as prescrições e protocolos, mesmo quando se trata da ESF, que teoricamente prevê e ressalta essa compreensão. Entretanto, como demonstrado em algumas falas, as orientações verticais sobre “o que” e “como” devem realizar o trabalho tolhem iniciativas de cunho mais qualitativo fora dos procedimentos de rotina. Eles têm limites frente à realidade na qual o profissional atua.

Segundo Campos (2003, p. 65),

[...] toda programação e todo planejamento implicam supor um mundo de regularidades. Um mundo em que as doenças seriam as mesmas em cada uma de suas múltiplas manifestações, um mundo em que essas variações

jamais destruiriam a identidade da doença, ou do problema institucional ou social enfrentado por essas formas de práxis.

A aprendizagem estaria relacionada à ideia de que os casos aconteceriam sempre da mesma forma. De acordo com o autor, o problema residiria em tornar esse contexto exclusivo e a partir dele organizar um sistema de poder contra a variação da vida. Não se trata de excluir o saber clínico, mas de criar uma composição em que “o desafio estaria em passar desse campo de certezas, de regularidades mais ou menos seguras, ao campo da imprevisibilidade radical da vida cotidiana” (CAMPOS, 2003. p. 65).

Para lidar com esse desafio e transitar entre o conhecimento estrutural considerado seguro e a falta de controle das situações sempre distintas, Campos (2003) sugere a importância de conhecer aspectos gerais do processo saúde-doença, de olhar e perceber na variação a possibilidade de aprender com ela. Nesse caminho, destaca a necessidade não só de falar, explicar, mas também saber escutar o outro e explorar o caso singular. Na hora de tomar uma direção, a decisão deve ser compartilhada com outros profissionais⁴³. A equipe multidisciplinar nos serviços de saúde é relevante para expor dúvidas, falar das incertezas, trocar informações que possibilitem a construção de projetos terapêuticos. Portanto, um aprender com a situação, um aprender com o outro. O autor observa que essa construção coletiva contribui para atuar com o desconhecido ou com o imprevisto, o que não significa diminuir as responsabilidades nos casos.

Assim, a perspectiva do trabalho em saúde e comunidade mostra que a imprevisibilidade e a variação de situações vividas são muitas. O profissional pode se sentir inseguro uma vez que os modelos pré-determinados mostram-se limitados e exigem do profissional um olhar sobre a saúde de modo ampliado. Assim, aquele saber fazer estruturado, sequencial e de causa-efeito fica relativizado. Por outro lado, abrem-se as possibilidades: do profissional se colocar como elemento criador do trabalho e não como aquele que executa, apenas como uma “peça” desse processo⁴⁴, seguindo normas e protocolos; e de produzir não “resultados previstos”, mas aqueles que de fato sejam possíveis e mais condizentes com a realidade apresentada. Criação que pode vir da relação com a comunidade, baseada na ideia

⁴³ Essas orientações fazem parte da proposta do autor denominada *Clínica Ampliada*.

⁴⁴ O estudo de Weil (1996) nos aproxima desse tema em outro contexto, com o exemplo do trabalho fabril. Nele a própria organização do trabalho e a maneira como os operários eram submetidos às ordens faziam com que crescesse um sentimento de inutilidade e de anulação do pensamento. Nessas condições a pessoa perde seu valor não só como trabalhador, mas como ser humano capaz e que tem uma função social. Weil (1996) destaca entre os poucos eventos que traziam alguma alegria no trabalho, mesmo quando interferiam nos ganhos, os testemunhos de camaradagem e todas as situações em que se consegue se virar sozinho. “Enquanto a gente cria, se esforça, aprende a ser malicioso com o obstáculo, a alma está ocupada com um futuro que só depende de nós” (p. 158).

de compor com o outro. Esse caminho pode parecer menos fácil ou menos seguro, mas trilhá-lo pode ser, por exemplo, mais positivo também do ponto de vista da realização profissional.

Nesse sentido, percebe-se que caminhos mais transformadores e compartilhados de realizar o trabalho em saúde podem ser positivos para o fortalecimento do profissional e para nos ajudar a aceitar que a vida (a saúde e a doença, o trabalho e o descanso, as relações pessoais e familiares) não segue um curso linear, porém é com esse contexto que lidamos.

5.2 Conhecendo os territórios

Dessa primeira aproximação com a dinâmica do trabalho das equipes, ratificava-se a importância de conhecer as particularidades de cada área, um pressuposto da ESF. De um modo diferente, também me sentia tentando fazer essa aproximação. A cada Unidade era preciso descobrir as linhas de transporte urbano disponíveis, ver trajetos, encontrar referências disponíveis, a igreja, a escola, a rodovia, para encontrar as UBSs, fazer os primeiros contatos com as pessoas responsáveis. Observar o trajeto, quando possível, era importante para reconhecer a região, me localizar, visualizar as moradias, o movimento no entorno. Nas primeiras visitas a sensação de estranhamento era grande, havia maior ansiedade, preocupação, podia errar o caminho, chegar atrasada, não conseguir o contato com os profissionais, ser um incômodo ao atrapalhar a rotina deles... Também nesses momentos iniciais os referenciais metodológicos adotados foram relevantes não só para conduzir a aproximação e o contato com as pessoas, mas também para fazer deles oportunidades nas quais a pesquisadora pode aprender, por meio da sua vivência e da percepção do novo, e reconhecer nelas uma base sobre a qual seria possível escrever a história dessa pesquisa. Seguindo esse processo, acredito que da mesma forma como as equipes, depois de conhecer melhor o “território” e, de alguma forma, reconhecer e ser “reconhecida” dentro das Unidades, havia maior segurança para a realização da pesquisa. Daí o sentimento de poder aprender e apreender o que vivia ao longo da pesquisa. Algo que não foi fácil, pois nesta primeira fase este movimento de aproximação foi realizado em cinco espaços diferentes.

Nas equipes, o reconhecimento do território é possível, sobretudo, pela ação dos ACSs que também são moradores da área na qual atuam. São eles que levam desde as condições do território em si, como descrição de ruas, equipamentos existentes, até problemas de cunho familiar, conhecidos justamente pela convivência que têm com as pessoas da

comunidade, seus vizinhos. Além dos relatos dos ACSs, os outros profissionais da equipe têm esse conhecimento por meio das visitas domiciliares e de outras atividades que realizam em espaços da comunidade, como nas escolas, ONGs e Centros Comunitários.

Para reconhecer o território e suas principais necessidades, algumas entrevistas também mostram estratégias específicas. A coordenadora Beatriz explica que sua equipe adaptou como guia o protocolo de estudo epidemiológico de um médico sanitarista, adequado para a realidade da sua área, de modo que conseguiram mapear risco e vulnerabilidade social e também doenças utilizando um instrumento específico. Com base nos resultados organizaram o trabalho em termos de tipo de ação exigida e também de tempo de atenção, controlavam as visitas conforme as famílias iam ganhando mais autonomia. Já Jaqueline conta que há um planejamento anual que orienta o trabalho no sentido de contemplar as demandas a partir do trabalho das equipes, mas que um levantamento mais preciso da população idosa da sua área foi obtido por meio de uma pesquisa acadêmica (monografia realizada por estudante que deu devolutiva para UBS). Ela conta: *“a gente nem tinha ideia de que era tanto, então a gente começou a pensar em fazer grupo pra população idosa”*.

Outro exemplo é dado pela coordenadora de uma das equipes do Real Parque. Apesar de estar há pouco tempo na UBS, diz que iniciou com a equipe, especialmente com o trabalho dos ACSs, um mapeamento chamado “Território Inteligente” que indica não só os nomes das ruas e localização de equipamentos, mas descreve e “ilustra” cada lugar. A coordenadora explica:

O que é um território inteligente? No mapa você vê a rua no real, aonde tá o que, onde nosso cliente mora e vive. Então aqui você vê uma rua, mas aqui quando ele anda ele tem o nome dos becos. Olha aqui: Beco do Zoiado, Viela São Luis, Beco da Mandão, que é o nome de uma mulher que é chamada de mandão etc e tal. E aí com esse mapa a gente monta o território real [...]. Aí quando eu ando lá eu sei quais as limitações, por exemplo, aqui tem escada, aqui tem uma ponte cheia de lixo... Aí o que eles vão achando... ó escada, uma rua muito estreita, se aqui não passa uma pessoa gordinha em pé [...].

Mais adiante, continua:

[...] como que faz a remoção dela, se a rua dela não passa uma maca assim como tem que passar? A maca tem que ser na vertical ou um pano no corpo. Se tiver um incêndio lá, como é que passa o corpo de bombeiro, com uma maca, com as coisas dele né? Então isso é o nosso território inteligente né, que nós estamos montando agora [...] pra gente ter uma assistência melhor à comunidade, no real, na vida real delas.

Com o decorrer das entrevistas se configurava cada vez mais que o trabalho realizado pelas equipes era indissociável da realidade dos territórios. Tanto que não havia uma separação clara entre a realização do trabalho em si, a caracterização dos territórios e, como veremos adiante, as necessidades de saúde. As questões se repetiam e se misturavam. Quando perguntados sobre a caracterização das áreas, poucos conduziam a fala descrevendo-a em termos físicos do espaço, às vezes, com as colocações: “é uma área pequena”, “é uma área não muito grande”; com quantidade de famílias atendidas. O que marcava o entendimento do território eram as condições econômicas e sociais presentes: desemprego e falta de atividades, baixa escolaridade, infraestrutura precária, violência, uso e/ou tráfico de drogas, consumo de álcool, gravidez na adolescência, abandono e maus tratos de idosos e crianças.

Gravidez na adolescência, violência, desemprego, não sei se a gente pode apontar isso como característica da área ou do país em geral [...], a baixa escolaridade. É que aí uma coisa vai puxando a outra. A baixa escolaridade traz o desemprego que, de uma certa forma, pode trazer a violência né, o sofrimento. Laura

É uma área com muita questão social, a questão social é a mais e a questão de violência também. Então, as mais importantes e gritam até em relação a outras questões como pressão alta, diabetes. Então, é uma área com muito risco, muita vulnerabilidade né, com muito desgaste no trabalho da vida e com pouco acesso aos equipamentos sociais né, questões de moradia, de habitação muito precária, desemprego, consumo de álcool e drogas [...]. Marisa

É um território que tem muita vulnerabilidade, é uma COHAB então antes era uma favela nesse local, foi desapropriada. Então as pessoas saíram da favela e foram pra lá. Então assim, são apartamentos pequenos de quarenta e poucos metros quadrados, que muitas vezes moram quase vinte pessoas nesse apartamento. Joice

Um exemplo marcante sobre as diversas questões envolvidas nos territórios foi obtido no relato da coordenadora da equipe verde da Vila Dalva:

No meu território, que é a equipe verde, tem uma área grande totalmente SUS dependente de pessoas de baixo poder aquisitivo que moram em casas que são casas, assim, entre aspas, “de verdade” né. São de alvenaria, têm contas de água, conta de luz, acaba ficando na rua. E uma área grande de invasão, muito grande [...] que é um território que não devia ter ninguém morando ali, que é palafita em cima do rio. [...]. Eu tenho inclusive paciente que mora embaixo da terra, que cavou um buraco embaixo de uma casa de alvenaria e mora ali. Daí as palafitas que já são um pouquinho menos... e casas inclinadas pra dentro do rio a mais de trinta graus, a ponta já encostando na água. É um riozinho pequeno, mas quando chove ele fica bem razoável, eu acho que ele chega aqui na cintura, mas é puro esgoto né, porque eles jogam ali todos os dejetos, o vaso sanitário deles, quando você olha, cai direto no rio, é um buraco, é um buraco com um vaso em cima pra ficar mais “confortável”[...]. Então, nesse território nós temos questões sociais muito intensas, eu dependo num nível infinito da assistente social pra

trabalhar. O momento que a gente ficou sem assistente social aqui no posto [...] minha chefe não sabia o que fazer comigo, ao ponto que ela chamou uma assistente social de outro posto pra me atender porque eu tinha tantas demandas terríveis de violência, violência contra criança, negligência, consumo de drogas, que a gente já não sabia mais pra onde ir, e não tem como você não dar uma resposta, às vezes, simplesmente você tem que dar uma resposta.

Há também casos em que contracenam em um mesmo território condições diferentes, são as microáreas nas quais uma tem melhores condições de renda das famílias e de habitação e outra tem condições mais precárias. Além disso, é preciso pontuar que, mesmo naqueles casos em que a área tenha sido descrita como de “condições não tão precárias” ou de “melhores condições”, também eram acompanhadas de problemas relacionados a questões sociais ou de dinâmica familiar.

A população predominante também denota variação de um território para outro, assim como entre as microáreas. De modo mais frequente são citados idosos, depois jovens e crianças na mesma proporção, e menos frequente, adultos. Essa predominância é percebida de modo significativo nas falas, por definirem prontamente seu público e também pelos trabalhos, especialmente em grupos, que passam a ser planejados/desenvolvidos em função dela.

A minha área em específico é uma área bem misturada né, tem uma parte que é bem diferenciada com casas muito boas né, com padrão de vida até razoável né, e tem uma outra área que é uma área de invasão que é barraco de madeira, esgoto a céu aberto, o lixo na rua [...]. Marcelo

A nossa área ela tem uma característica bem interessante, só da equipe laranja, ela é muito diferente uma microárea da outra né. Então, por exemplo, a gente tem uma área de risco que tá na favela, que aí os problemas são diversos, dinheiro, criança sem escola, adolescente grávida, droga, violência né; e tem uma outra população que mora mais aqui perto que aí os problemas são outros, são populações idosas que moram sozinhas, então, problemas de depressão, de abandono por parte da família, muito idoso que, às vezes, não tem nem condição de morar sozinho e mora. Jaqueline

[...] na favela eu tenho um número grande de crianças de zero a dois anos, tenho bastante gestante, já numa área perto da Politécnica eu tenho muito idosos. São áreas bem características, elas têm características bem marcantes. Tatiana

Então eu tenho uma área de classe média e tenho uma área de risco, de maior vulnerabilidade. É... mesmo a área de classe média tem muito ‘SUS dependente’, então essa população usa bastante a unidade também. Tem uma população jovem que a gente não encontra em casa porque tá trabalhando, o horário que o posto funciona é o horário que as pessoas trabalham. E tem uma população de risco, com muita criança, tem grávida, tem droga, tem muito adolescente na rua. Cristina

Um último aspecto sobre os territórios diz respeito aos equipamentos sociais e de lazer presentes em cada um. De modo geral, observa-se nas entrevistas que faltam espaços, em quantidade e condições, especialmente aqueles voltados para o lazer. Esse foi um dos momentos em que a questão das práticas corporais mais se destacou nas entrevistas, devido às implicações entre a disponibilidade e conservação do espaço físico para a realização de práticas corporais voltadas para o lazer ou para a saúde.

Praça tem uma aqui na beira do córrego, que tá caindo! Eu tenho até vergonha de mandar alguém caminhar lá. Eu falava “gente [vamos caminhar]”, que faz parte da minha orientação pra caminhar. Daí eu atendo o que? Idoso com um monte de problema de artrose, de andar de bengala, e a rua tá despencando pro córrego, lá pra dentro assim... E daí eu não posso mandar andar no morro, porque o resto aqui é tudo cheio de subida. Tem academia particular? Tem. Mas aí... fica inviável pra pessoa. Sofia

Uma coisa importante que acho que falta no nosso território, e que é uma realidade, é a falta de atividade mesmo, de alguma forma, mental, física, sabe? A gente tem aqui, têm caminhadas, tem alongamento, têm as atividades físicas na Unidade, só que assim, num anda. Caminhar na minha área é uma coisa muito ruim, é muito sujo, quando venta é horrível (risos), fica com saco plástico na sua cabeça... Laura

Campo de futebol na minha área não tem nenhum, ah... praça de verdade na minha área não tem nenhuma [...]. Vizinha à área tem um corredor de árvores, que é de uma avenida, mas é um corredor que dá pra fingir que é uma praça, mas não tem um espaço decente que eu possa chamar de equipamento. Pedro

Só tem uma quadra do lado do Cingapura, que geralmente, assim, dizem que essa quadra não é muito utilizada pelos usuários, não tem nenhuma atividade desenvolvida lá. Agora o NASF tá tentando desenvolver também. Lúcia

E assim, não tem espaço pra lazer lá, tem o parque que fica fora do território né, que é a Vila Olímpica. Então lá as crianças fazem karatê, tem atividade física, dá pra fazer uma caminhada, alguns acabam indo pra lá pra fazer alguma coisa. Mas no território mesmo só tem uma quadra, e aí nessa quadra acaba acontecendo de tudo, desde futebol até o próprio tráfico de drogas. Joice

A consulta do mapeamento⁴⁵ que cada UBS tem das suas áreas indica de fato a pouca existência de espaços voltados para o lazer e as práticas corporais, como praças, quadras, centros esportivos, pistas para caminhada, assim como de Centros Comunitários ativos e que pudessem oferecer algum tipo de atividade para a comunidade. Algumas entrevistas mostram também o movimento da comunidade alterando a descrição física dos

⁴⁵ Os quadros com os dados dos mapeamentos sobre os equipamentos estão disponíveis no Apêndice D.

espaços. Pedro, por exemplo, conta que *“uma praça bonita e grande que tem no mapa é uma favela enorme que tem um espaçozinho verde no meio [...]”*.

Apontamento 2 - Por uma caracterização “viva” do território

Durante as entrevistas, à medida que ouvia os profissionais contarem e descreverem a realidade dos territórios, na maioria das vezes distinta das que eu já havia conhecido, imaginava situações de pessoas lidando com os filhos, de conversas na rua, de como seria a chegada dos profissionais na entrada do bairro, de ser recebido por um morador ao entrar em uma casa; ou questionava: Como é conviver com tantas pessoas em uma habitação tão pequena? Como é morar em lugares onde a violência estabelece horário para entrar em casa? Como lidar com dilemas como ir trabalhar ou ter que deixar os filhos sozinhos em casa? Depois, ao retomar os dados, nota-se que estas situações e questionamentos fazem parte não só da dinâmica das relações que acontecem nas comunidades, mas também estão presentes e trazem implicações para o trabalho das equipes.

As falas mostram territórios “descontínuos” e heterogêneos, onde se destacam algumas particularidades: estão cercados de relações complexas ante as quais o profissional vai agir. Ainda que em várias falas ocorram descrições pontuais, em termos de ter mais ou menos vulnerabilidade social, mais ou menos infraestrutura, a noção de território com delimitações geográficas e mapas pouco se destaca. Nesse momento, visualizar ou compreender as áreas atendidas pelas equipes, de acordo com as descrições dos profissionais, me remetia cada vez mais às colocações de Mendes et al (1999) e de Santos (1994) sobre território, entendido não apenas como espaço físico, dentro de limites rígidos, mas como espaço onde a vida acontece e, por isso, são as relações e o movimento construído pelos moradores que atribuem significado às coisas.

Percebe-se também que para mapear o território e suas particularidades as equipes não usam um único critério, mas constroem alternativas para lhe dar mais “vida” e que também ajudem a reconhecê-lo melhor. No exemplo do “Território Inteligente” temos, além da descrição de ruas e vielas com seus impedimentos como a dificuldade de se passar com uma maca, a relação dos moradores com a rua, como o “Beco da Mandão”. Ele nos diz mais do que a localização, descreve a relação das pessoas com o lugar onde se vive, da maneira de ser de uma moradora e de como é percebida pelos outros. Neste sentido, as entrevistas trazem exemplos em que é possível a aproximação entre o saber acadêmico, profissional e também dos moradores. As falas da Dulce, da Jaqueline e também da Beatriz nos mostram um pouco

sobre isso. Podem ser exemplos pontuais, mas sugerem um potencial a ser explorado para compor resultados que orientem não só a descrição de um território, mas também da vida que nele acontece.

No que se refere às características dos territórios, percebe-se nas entrevistas que quando o trabalho em saúde é realizado fora dos muros da UBS, lida-se com a imprevisibilidade das comunidades, e o fazer nunca é homogêneo, pré-estabelecido. Por exemplo, o trabalho do profissional pode ser diferente ao se mudar de equipe ainda que seja dentro de uma mesma UBS, apenas se considerarmos as singularidades do novo território que será atendido, pois os desafios serão outros. Portanto, uma primeira aproximação com a ideia de território da ESF pode sugerir que eles apenas delimitam áreas e famílias pelas quais as equipes se responsabilizam, mas as falas dos profissionais mostram a ideia de “território-processo” de Mendes et al (1999), como espaço permanente de construção e reconstrução marcadas pela dinâmica social.

Isso me fez pensar novamente na importância de reconhecer nos territórios não só suas características com dados objetivos, mas também das relações que acontecem em seu meio, que muitas vezes ficam implícitas e não chegam a ser consideradas. Com elas poder-se-ia dizer mais sobre a comunidade e seu modo de ser e, assim, orientar os profissionais a perceber “aberturas” e agregá-las ao trabalho em saúde. Algo possível se considerarmos que de acordo com Santos (1994) no “território habitado”, concebido como “nosso quadro de vida”, há uma dinâmica que cria novas possibilidades que podem, de algum modo, se impor ao mundo, a partir dos modos de vida e de uso que nele acontecem.

Ao profissional, então, fica o desafio de reconhecer e lidar com as relações e o ritmo do cotidiano dos moradores e procurar ver nesse conjunto pistas que estimulem o trabalho em saúde. Este desafio não é simples, pois comumente olha-se para o território fixo, também com a tendência marcante daquilo que falta nele, como no caso dos equipamentos sociais e de lazer. Nesse caso, os limites da pesquisa me impedem de realizar alguma consideração sobre outros movimentos e usos dos espaços disponíveis na comunidade que os moradores poderiam fazer. Trago apenas observações sobre aqueles que pertencem à comunidade da COHAB Raposo Tavares, que fizeram parte da segunda fase da pesquisa.

5.3 Relações entre condições de vida e necessidades de saúde

A relevância das questões sociais, econômicas e de infraestrutura presentes na caracterização dos territórios continua conduzindo a fala dos profissionais à medida que identificam estas questões também como as principais necessidades de saúde das comunidades. Indicam também: sofrimento individual e familiar, falta de transporte, de espaços de lazer e de atividade física, e pouca participação social e acesso às políticas públicas.

As questões de ordem clínica são citadas como elementos que contracenam com esse fundo complexo, entendidas também como resultado dele⁴⁶. Considerando as 22 entrevistas, aparecem de modo mais frequente: hipertensão, diabetes e saúde mental; na sequência, gravidez na adolescência; e, de modo menos frequente: obesidade, hanseníase, tuberculose, problemas ortopédicos, respiratórios, dores crônicas, DST/AIDS e encaminhamento para especialidades. Os depoimentos de Pedro e Marisa podem ser referência nessa situação:

Se for motivo de consulta o quente nosso aqui são as doenças crônicas né, hipertensão, diabetes, obesidade, nem tanto doença, mas como fatores de risco e tal [...]. É... quando você começa cavar um pouco mais, você vê que tem muita coisa de ansiedade, sofrimento mental, sofrimento emocional em horrores. [...]. Aí a questão mais freqüente da comunidade que é a violência, que é claro e notório. Violência, questões com emprego, empregos mal remunerados que aí causa sofrimento emocional na pessoa e isso vai se refletir das mais variadas formas. Outro ponto de vista que você pode olhar também seria a maior necessidade do ponto de vista educacional em saúde, que é o conhecimento das pessoas sobre a vida, o próprio corpo, algumas questões propriamente técnicas tipo riscos de se fazer exames, necessidades de usar remédios pra se controlar fatores de risco. Pedro

[...] os problemas são... os problemas respiratórios em crianças de menos de dois anos e hipertensão e diabetes nos adultos, esses são os mais freqüentes,

⁴⁶ Isso também pode ser percebido no período de observação no Centro Comunitário no grupo de hipertensão e diabetes. Ao final do grupo, a equipe se reunia para discutir casos e encaminhar o trabalho. Neles sempre estavam presentes as especificidades encontradas nas visitas domiciliares realizadas pelas ACSs. A maioria delas estava relacionada à hipertensão, ao diabetes, aos cuidados destinados aos problemas de saúde e, como pano de fundo, aos problemas familiares. São exemplos as suspeitas de violência doméstica, da filha com a mãe; e de ex-marido com a mulher. Outro exemplo foi o caso de um senhor que estava com o diabetes sempre descontrolado, e perceberam que era devido à falta de cuidados, pois como ele era cego dependia da ajuda de alguém para tomar os remédios corretamente. No entanto, durante o dia, acompanhamento e administração do remédio ou mesmo da alimentação em horário corretos eram insatisfatórios por parte da família. Mais exemplos dizem respeito à dificuldade de conversar com as pessoas responsáveis das famílias para orientar os cuidados com a pessoa doente; e, quando conseguem, as controversas entre o que veem nas visitas domiciliares e o que os familiares dizem. Em outro caso, a preocupação volta-se à cuidadora e não para o “doente” em si. Observam, por exemplo, que a esposa não está bem devido à sobrecarga de ter que “cuidar de tudo”, do marido, da casa, das compras.

os problemas de saúde. Mas as questões de necessidade mesmo são as questões de inserção mesmo, tem muito desemprego e muita violência né, e isso então são as causas do desgaste maior que acabam fazendo com esse processo saúde-doença de hipertenso, diabético, problema respiratório seja só o resultado lá no final, mas a questão da violência e do desemprego aqui ou do trabalho informal ela é muito presente e isso interfere nessas outras questões.

É preciso observar também que a saúde mental (depressão, ansiedade, síndrome do pânico, entre outras) recebeu um destaque muito grande nas falas, percebido por dois motivos: primeiro, pelo crescimento que observam nessa demanda e, segundo, porque, diferente da hipertensão e diabetes, que também têm um número grande de casos, não há uma orientação ou recursos que podem ser empregados *a priori* pelas equipes. Chamam a atenção para a necessidade de profissionais específicos para ajudar nessa questão, por exemplo, com o NASF; e até mesmo rever as prioridades da ESF, em que a saúde mental passaria a ser contemplada.

Outra observação é que, se por um lado temos esse resultado em um panorama geral, por outro, o que aparece de modo mais frequente pode ser, em termos de relevância, o menos importante de uma área específica ou considerado de menor complexidade em termos de intervenção. Por exemplo, as DSTs/AIDS quase não são citadas, mas do ponto de vista da coordenadora Rosana é o principal problema a ser enfrentado na comunidade da sua equipe; ou da equipe da Cristina que, apesar de ter um número relativamente alto de gestantes na área, não identifica como um problema, pois no dia-a-dia do trabalho nota que as mulheres optam pela gravidez, diferente de outras áreas onde a gravidez muitas vezes é indesejada, como na adolescência; ou então, apesar de Maria e Julia considerarem que a hipertensão é muito frequente nas suas áreas, apontam como problemas que demandam mais atenção a violência e o abandono/maus tratos de idosos, respectivamente, devido à complexidade para lidar com essas questões.

Apontamento 3 - Caminhar entre a heterogeneidade e a singularidade

Esses dados são importantes, pois mostram a heterogeneidade em relação aos problemas de saúde e se, no geral, hipertensão e diabetes podem ser identificados sendo os principais. Quando se olha para o local, os relatos dos profissionais mostram que cada território apresenta suas singularidades e, mais, que diferentes problemas coexistem e na

prática do atendimento junto às comunidades eles não se dissociam. Portanto, fica difícil trabalhar apenas com uma questão em detrimento de outra.

Essas diversas demandas em saúde são percebidas por Massuda (2008) como decorrentes das transformações sociais do mundo contemporâneo e refletem-se nos modos de vida das pessoas, inclusive em relação ao processo de saúde e doença. A situação engloba questões sociais relativas, por exemplo, ao desemprego, às condições de moradia, às mudanças nos padrões de sexualidade e à estrutura familiar; de saúde, como a volta de epidemias como a dengue, o aumento das doenças crônico-degenerativas e de saúde mental. O autor também inclui nesse quadro alcoolismo, drogadição, isolamento social na velhice e sequelas de acidentes de trânsito, entre outros. Para o autor, as práticas clínico-sanitárias não estão dando conta de lidar com a complexidade desses problemas, particularmente porque o modelo tradicional de atendimento à saúde é restrito para compreender a dinâmica dos fatores envolvidos atualmente no processo de saúde e doença.

Nesse sentido, a fala dos profissionais expõe a dificuldade entre identificar uma necessidade de saúde e trabalhar com ela. Há uma distância quando falamos que é preciso “trabalhar com a real necessidade de saúde das pessoas”, imaginando quais serão, e a concretude do trabalho que se apresenta aos olhos dos profissionais, pois o contato com o cotidiano das pessoas, com as condições de vida e até mesmo com os conflitos familiares, mostra o quanto o profissional é solicitado em um saber-fazer que excede as queixas clínicas, as dores físicas, o pedido de receita e exames. Isso porque um levantamento objetivo sobre o que os usuários mais buscam nas UBSs pode indicar que o consumo por consultas médicas, receitas para conseguir remédios e pedidos de exames pode aparecer como a principal demanda de saúde dos usuários, ligada ao modelo tradicional de saúde.

A visão de saúde da população, e eu não digo que é da população do mundo, eu digo do Butantã da cidade de São Paulo, é uma visão de saúde muito deturpada do meu ponto de vista. Enquanto eu to querendo ver promoção à saúde eles tão querendo dipirona, porque eles têm uma visão medicalizada, enquanto eles não passarem com um médico e saírem com uma receita eles não tiveram acesso ao serviço de saúde. Luciana

A Demanda maior é por consulta médica, que eles querem, que eles procuram, é mais a consulta médica mesmo. Cristina

No entanto, a aproximação com as experiências dos profissionais, com as angústias que enfrentam ao lidar com as dificuldades das famílias, das comunidades, coloca em primeiro plano, ainda, o básico para se viver, em termos de moradia, saúde e educação. Tais profissionais percebem que estas condições acarretam desde o sofrimento mental e

emocional até doenças que seriam o resultado final desse processo. Lidar com essas questões acaba sendo o principal desafio e também o que impõe maior sobrecarga e limites à ação do profissional, daí os sentimentos de frustração, angústia e impotência.

Os relatos também indicam a dificuldade de escolher entre um lado ou outro, problemas clínicos ou sociais. Eles são vistos no todo e demandam ações abrangentes. Por isso, é preciso questionar as práticas de saúde sim, mas a diversidade e também a profundidade dos problemas apontados pedem reforço de políticas públicas, para cobrir situações de cunho mais amplo, e o trabalho intersetorial, especialmente com outras secretarias municipais, para agir em demandas mais urgentes. Portanto, não se descarta a necessidade de um “suporte”, além daquele disponível nas UBSs, que complemente as ações de saúde das equipes. Nesse contexto, percebe-se nas falas uma expectativa muito grande sobre a possibilidade das equipes do NASF contribuírem para melhorar o alcance das intervenções, sobretudo, naquelas que extrapolam o olhar físico sobre a doença, por exemplo, pelo apoio do assistente social, do psicólogo e também do profissional de Educação Física. Foi possível notar nas entrevistas com profissionais de Unidades em que o NASF estava começando a ser implementado que eles já se sentiam mais tranquilos só de poder compartilhar os casos considerados mais “insolúveis” com profissionais de outras áreas, e confiantes que, em alguma medida, conseguiriam maior resolutividade.

Levando-se em consideração todo esse contexto, as experiências dos profissionais corroboram a afirmação de Campos et al (2008) que, ao contrário da visão geral que costuma atribuir menor valor às ações na atenção básica por serem consideradas mais simples e requererem menor qualificação profissional, interferindo até mesmo no *status* dos profissionais, percebe-se que as intervenções na rede básica de saúde são complexas. Isso porque cada processo envolve diferentes variáveis, o que demanda uma intervenção também “variada” no sentido de contemplar as dimensões orgânicas, subjetivas e sociais. Os autores explicam que

Essas dimensões estarão presentes em qualquer trabalho em saúde, no entanto na rede básica atingem expressão maior sendo necessário considerar esses aspectos não só no momento do diagnóstico, mas também lograr ações que incidam sobre essas três diferentes dimensões. A proximidade com as redes familiares e sociais dos pacientes facilita essas intervenções, porém sem eliminar sua complexidade (CAMPOS et al, 2008, p. 138).

Assim, é preciso pensar em meios que possibilitem fazer essa aproximação à medida que se percebe as restrições de abordagens unilaterais sobre quadros complexos como esses. Vasconcelos (2010) nos mostra que a Educação Popular é uma das possibilidades de se

trabalhar com a heterogeneidade e a diversidade dos grupos sociais, pois valoriza “a intercomunicação entre os diferentes atores sociais, o compromisso com as classes subalternas, as iniciativas dos educandos e o diálogo entre saber popular e saber científico” (p. 30). Dessa forma, o trabalho é orientado para aproximar serviços de saúde e população, por meio de relações menos autoritárias e normatizadoras.

Há, então, um desafio diário para o trabalho multiprofissional, criativo e de adaptação não só dos conteúdos, mas também da forma como são propostos em cada realidade.

5.4 Participação: modelo tradicional X saúde da família

O tema da participação das pessoas nas atividades foi ganhando destaque no trabalho tanto nas entrevistas com os coordenadores de equipes como nas observações no Centro Comunitário, sendo considerada, de modo geral, baixa. Por parte dos profissionais a expectativa de que a participação seja significativa vem da “pré-concepção” de que se oferece algum atendimento ou serviço que as pessoas precisam, importante para a saúde e que, talvez, não teriam acesso a ele de outro modo. No entanto, observa-se uma dificuldade de participação da comunidade nos diferentes grupos ou, quando ela acontece, há pouca rotatividade ou ampliação de demanda, pois “são sempre as mesmas pessoas que participam”.

Nesse momento também aparecem menções às práticas corporais devido aos grupos oferecidos em algumas Unidades. De modo geral, a participação nos grupos de práticas corporais oscila de um grupo para outro ou então aparece menor ao que seria esperado. Nestes casos, alguns profissionais se remetem também à dificuldade de propor, acompanhar ou orientar, seja individualmente, seja nas consultas, seja nos grupos, devido à falta do profissional de Educação Física na UBS. Outro aspecto citado diz respeito ao “tempo de vida” dos grupos, que se iniciam, se desenvolvem por um tempo e depois acabam. Naquelas em que o NASF estava sendo implementado, havia uma boa expectativa nesse sentido.

As observações aconteceram em relação aos diferentes tipos de atendimento, desde consultas específicas, como as que acontecem com os enfermeiros, participação no conselho gestor e em grupos como: artesanato, práticas corporais, hipertensão e diabetes. Alguns casos relatam que há boa participação, mas depende do tipo de atividade oferecida, do

vínculo que se estabelece com a comunidade e também de uma situação condicional, em que a participação ocorre se o usuário “receber algo em troca”. Há também variações entre atendimentos de mesma temática de uma UBS para o outra, por exemplo, o grupo de educação alimentar tem uma boa participação, até com fila de espera, em uma Unidade, já em outra não. Fica a ideia de que é preciso um esforço para que a participação da comunidade aconteça e mesmo assim parece não atingir os níveis esperados.

Então, pros idosos é bem alta a participação, mesmo porque eles ficam em casa o dia todo, então quando tem alguma coisa eles vão mesmo. Então, o nosso grupo de hipertenso e diabético não é só um grupo de hipertenso e diabético, às vezes, a gente fala de vários assuntos eles participam todos, enche assim. Eu já tentei fazer mensal esse grupo, e eles se queixaram, eu tentei fazer a cada quinze e eles vão toda semana. Eu fazia a cada quinze a aí as minhas agentes “Julia! O pessoal tá aqui”, eu falava “mas não tem...”, então eu desisti, é toda semana e eles vão. É... agora, gestante vai muito pouco, mesmo porque elas trabalham né, então é dentro do nosso horário de trabalho, então elas falam “eu trabalho então eu não vou poder ir no grupo”, e no grupo de crianças também é pouca a adesão, a gente convida vinte, trinta mães com as crianças, vai cinco, seis. Julia

Olha, precisa que a coisa seja bem bolada né. Por exemplo, eu tava aqui na minha sala reunião de diabete, convido as pessoas, aí eu pego meu computador viro aqui pra eles e vou mostrando porque que a pessoa é diabética. Depois eu faço umas coisas mais simples, pros diabéticos eu comprei cinco daquelas luvas pra lavar o pé... aquela bacia que tem o formato de pé, que um dos problemas do diabetes é o pé, então sorteamos aqui. Se a gente não tiver essa criatividade e só chegar aqui e falar “ó, vai ter uma aula sobre diabetes!”, xi... ninguém vem. Então precisa realmente de motivação. Por exemplo, caminhada, pra fazer caminhada o pessoal começa, mas termina, não tem uma continuidade por falta de uma liderança. Claudio

[Tem] o de artesanato e tem o de gestante também que é uma vez por mês, que aí é junto com a equipe branca e vermelha né, que no início tinha também uma boa participação e hoje em dia também é muito pouca, mesmo a gente promovendo brindes, sorteios e tudo, a participação é difícil. E é uma pena né, porque a gente promove um monte de coisa, você não chega lá de cara limpa né. Então você tem uma preparação, utiliza as pessoas pra preparar, a gente leva profissionais, não vai só a equipe né, às vezes, vai o pessoal da odonto, vai a assistente social, vai a psicóloga, vão as outras multiprofissionais também, então é uma judiação né. Beatriz

[...] desde que você tenha uma coisa superficial pra oferecer pra eles, então se você oferece comida eles vêm, se você oferece remédio pra obesidade eles vêm, se você oferece uma coisa dessas é... que vai... cobrir a demanda deles, eles oferecem e eles atendem e vêm, em uma quantidade absurda. Mas se você quer descobrir qual é a real necessidade atrás daquela demanda e trabalhá-la aí eles não vêm muito não [...]. Quando você chama por uma necessidade de saúde, tentando transformar aquela demanda, quando você chama pra discutir um caso ou pra entrar no Conselho Gestor e tal eles não vêm muito não. Pedro

O [grupo] de reeducação tem fila de espera, muita, mais de cem pessoas, daí a gente chama a pessoa pra participar ela participa de três encontros e não vem mais e o resto não participa muito. Caminhada também, não tem muita participação. O pessoal é difícil de se envolver né? Jaqueline

[...] grupo de artesanato o pessoal tem uma aderência muito boa, enche a sala né, já o grupo de educação alimentar já não tem tanta aderência. Grupo de caminhada, por exemplo, eu passo de manhã o pessoal tá se reunindo pra fazer né, eu percebo assim... pouca gente lá né [...]. Então, muitas vezes você tem que barganhar um pouco também né, tem que dar alguma coisa, oferecer alguma coisa pro usuário poder vir. Então isso é... difícil, e a gente nem sempre tem muita coisa pra oferecer. Marcelo

No decorrer das entrevistas, a própria percepção da relação dos profissionais com a comunidade e desta com o serviço, fornece indicativos para se compreender um pouco a problemática da participação. Percebe-se que os impedimentos de avançar e melhorar o nível de envolvimento da comunidade nas atividades oferecidas estão relacionados, sobretudo, à falta de entendimento da proposta da ESF e do papel das UBSs na atenção à saúde em relação ao padrão tradicional de atendimento à saúde ao qual a população foi “condicionada”⁴⁷. Tal situação gera uma expectativa no usuário diferente do que é oferecido no atendimento das equipes e vice-versa. Dificuldade compreensível, uma vez que nós próprios profissionais ainda pelejamos para nos apropriar e agir segundo referenciais que tragam um olhar ampliado sobre a saúde e os modos de intervir sobre ela.

[...] eu acho que a comunidade não entendia muito bem como é que funcionava, ela tinha uma exigência assim, achava que o médico a equipe de família tinha que tá em casa todo momento, atender a toda hora tudo o que precisasse. Ela não entendia que ela tinha responsabilidade também né [...]. Mas eu acho que hoje em dia isso já tá bastante esclarecido, é uma pessoa ou outra que ainda tem dúvida. Beatriz

[...] é difícil na medida em que pela própria forma que as políticas se configuraram as pessoas ficaram acostumadas a consumir consultas médicas e isso não é culpa delas, mas o que acontece, sempre foi assim né, antes do SUS sempre foi assim. Quem tinha dinheiro pagava o particular ou era trabalhador e ia até o INSS, quem não tinha dinheiro ficava a cargo das Casas de Misericórdia né, ou se virava com as questões aí caritativas. Aí eles foram formatados, com o programa anterior que era o PAS⁴⁸ que era só pronto atendimento, você tem um plano de saúde você vai ser atendido, isso também se tornou um senso comum, eles foram formatados assim. A própria política do jeito que ela é feita, mesmo o PSF de atender hipertenso e diabético, úteros e mamas e menores de dois anos também formata as pessoas a procurar atendimento assim né [...]. Marisa

⁴⁷A palavra “condicionada” é empregada pelos profissionais para se referirem a um padrão de atendimento dos serviços de saúde que a população foi submetida por muito tempo, no qual prevalece o pronto atendimento focado na atenção biomédica e há pouca interação com o usuário.

⁴⁸Refere-se ao Plano de Atendimento à Saúde, um sistema de cooperativas municipal criado na gestão do prefeito Paulo Maluf, que substituiu o SUS na cidade de São Paulo.

[...] se você for perguntar, fazer uma pesquisa aqui com a comunidade, eles vão falar muito mais coisas negativas ainda do que positivas. Mas é por falta desse entendimento mesmo, por falta desse interesse mesmo dessa população [...]. Eu acho que se todo mundo tivesse essa consciência do que é uma Unidade, do que que é o atendimento do PSF, do que é primário, secundário, terciário, a gente conseguiria, o Brasil conseguiria um avanço muito maior, uma dimensão bem maior com a parte da saúde. Rosana

Como o programa é novo, muita gente ainda tem uma certa resistência, não sabe muito bem a diferença de papéis de cada um na equipe. Pra que serve o programa, na verdade eles ainda não têm isso em mente, incorporado, e eu acho que vai demorar um pouco ainda. E em relação a grupos, trocas, têm ainda uma dificuldade de entendimento, porque você também tem uma parte de escolaridade e, assim, como eu falei, é... que tem dificuldade de entender mesmo. Mateus

Alguns não entendem né, que acha que a Unidade básica de saúde é um pronto socorro, e isso não é verdade. E a gente tenta mostrar pra eles isso no grupo, como é o trabalho da gente, o que a gente atende aqui dentro, quais são as bases pra diferenciar uma UBS, um AMA e uma hospitalização. Lúcia

As pessoas ainda estão atrás da medicina curativa, elas querem... e também quer que todos os problemas sejam resolvidos, o problema social, econômico, que tudo seja resolvido na mesma hora. Dulce

Apontamento 4 - Entendimento e compreensão não se fazem sozinhos

No caso da participação da comunidade nas atividades oferecidas, alguns elementos podem ser considerados até o momento, como as confusões entre o modelo anterior de assistência à saúde e a ESF. Os dados sugerem que a falta de entendimento do trabalho da UBS, das equipes e dos papéis de cada profissional, poder ser um dos elementos que explica a dificuldade de participação da comunidade. Além disso, é preciso levar em conta o contexto atual da sociedade em que vivemos que, de certo modo, nos condiciona ao imediatismo e, assim, se relaciona muito mais ao modelo anterior.

O modelo tradicional de atendimento à saúde é mais voltado para ações curativas, centralizado na figura do médico e do especialista, e no hospital com ações de pronto-atendimento (COELHO, 2008). A lógica do trabalho é verticalizada em relação ao sujeito e seu “problema”. Nesse sentido, as pessoas aprenderam a consumir um tipo de assistência à saúde em que eram pouco envolvidas nos processos de cuidado e na tomada de decisão sobre elas; o que leva, por sua vez, mais a uma postura de dependência do que de participação no serviço. Os profissionais, tradicionalmente, foram preparados para conceber e fazer o trabalho, que inclui desde o modo como a saúde é entendida, mais relacionada à sua dimensão

orgânica, até as relações que se estabelecem entre profissionais de diferentes áreas e destes com os usuário/pacientes. Assim, se a comunidade ainda está aprendendo o que é a proposta da ESF, do mesmo modo os profissionais ainda estão construindo também caminhos para compreender a comunidade e seus modos de ser.

Dessa forma, mesmo para modelos que procuram estabelecer relações mais horizontais entre a população e os serviços e ampliar o entendimento sobre a saúde e os elementos intervenientes na mesma, como aqueles apresentados no terceiro capítulo – saúde comunitária, educação popular em saúde, ESF – o desafio da compreensão para conciliar necessidades, interesses e desejos das partes envolvidas e, assim, desencadear processos mais participativos, ainda está presente. Desafio porque, a despeito de todo movimento de conciliação, de acordo com Campos (2007), sempre haverá diferenças entre profissional e usuário. O profissional é aquele que traz uma oferta técnica, um saber clínico e sanitário; seu interesse está voltado, predominantemente, para a sua sobrevivência e realização profissional. Por sua vez, o usuário conhece de modo único seu sofrimento e sua própria vida; seu objetivo é encontrar apoio que permita melhorar sua saúde ou da coletividade. Assim, o autor sugere reconhecer esse encontro de sujeitos como “espaço coletivo” no qual não se descartam as diferenças, mas refletem sobre elas, de modo que reorientem o trabalho em saúde.

Vasconcelos (2010) também contribui para percebermos tal dificuldade da perspectiva da educação popular em saúde. O autor afirma que muitas de suas práticas nos serviços de saúde “estão hoje voltadas para a superação do que fosse cultural existente entre a instituição e a população, em que um lado não compreende as lógicas e atitudes do outro” (p. 29). Do mesmo modo, no trabalho da perspectiva da ESF as entrevistas sugerem que a referência ao modelo anterior ainda é muito forte, o que pode trazer consequências para a participação nas propostas atuais, como nas atividades em grupo, na participação nos conselhos gestores, na corresponsabilidade no cuidado com a saúde, pois ainda não veem nessas ações possibilidades de suprir necessidades de saúde.

Por isso, um primeiro passo seria reconhecer essas diferenças entre as partes e a partir disso incrementar ações mais dialogadas que favoreceriam o esclarecimento de papeis⁴⁹

⁴⁹ Em uma reunião que acompanhei na Escola Estadual Maria Alice no período de observação, esta situação também foi percebida. Participaram dela três instituições diferentes: a UBS, com profissionais de vigilância em saúde, psicólogo, enfermeiras, assistente social; a escola, com equipe de professores, diretora e representante de pais de alunos; e o SAA, com a diretora. O objetivo do encontro era discutir e pensar um trabalho conjunto para os jovens da escola/comunidade. No entanto, no decorrer da reunião percebe-se que pouco se fala sobre os jovens, mas nota-se que há uma necessidade anterior, que diz respeito à compreensão do que faz e como trabalham os profissionais de cada instituição. Aos poucos, nota-se a falta de entendimento de como cada instituição funciona, dos tramites de cada uma delas nesse processo de encaminhar/receber/atender/retornar os casos e até mesmo de quais serviços são prestados.

(serviços, equipes, profissionais e usuários) e a composição entre interesses, desejos e necessidades diferentes, uma vez que, como lembra Campos (2007), elas não podem ser totalmente apagadas.

Também não podemos desconsiderar a interferência do próprio contexto atual no que diz respeito ao tipo de expectativa do usuário em relação às ofertas do serviço. Como lembra Martins (2008) na passagem citada na introdução desse trabalho, quando diz que na modernidade, temos a expressão da “permanência do transitório e da incerteza”, da angústia cotidiana de uma vida finita frente a um suposto progresso linear e sem fim. Para o autor, a modernidade não é somente a coleção dos signos do moderno que, de um modo ou de outro, perpassam nossas vidas, mas, principalmente, “[...] a realidade social e cultural produzida pela consciência da transitoriedade do novo e do atual”. Assim, modelos de saúde que propõe ações mais coletivas, longitudinais, portanto, mais duradouras, e o fortalecimento das relações entre as pessoas estariam na contramão ao que estamos expostos no dia-a-dia, que nos leva ao imediatismo, ao efêmero, ao individualismo e consequente enfraquecimento das relações. O que pode contribuir, por exemplo, para a resistência às ações preventivas e de promoção à saúde.

Lefebvre (1984) também fornece elementos para compreender a situação dessa perspectiva. Ele analisa a sociedade moderna e observa que ela tem como ponto marcante a pretensão de imprimir mudanças contínuas e sem limites, mas de caráter pouco profundo. Essa característica do mundo moderno faz com que obras, estilos, arte, enfim, a cultura se desfaça ao ser submetida ao consumo massivo. Para mantê-lo em funcionamento emprega-se o dispositivo da “*obsolescência*”, estudada e transformada em técnica. Com ela, os especialistas atribuem tempo de vida às coisas mais diversas o que permite a indústria trabalhar com uma escala reduzida desse tempo para acelerar a rotação dos produtos.

Sobre essa constatação Lefebvre (1984) faz duas observações. A primeira considera que para tornar os objetos mais efêmeros há manipulação das motivações, da “expressão social do desejo”, isto é, para que ocorra a “*obsolescência*” das coisas é preciso que as necessidades também envelheçam para que novas necessidades se imponham. A estratégia utilizada é a do desejo. A segunda destaca que essa capacidade produtiva remete também a uma “extrema mobilidade da vida, dos objetos, das casas, das cidades, do habitar. A vida real poderia deixar de petrificar-se na cotidianidade” (p. 105). Aqui é o efêmero que é utilizado para tornar o cotidiano mais rentável.

Nesse contexto os comportamentos em relação à saúde, como a ideia que se promove dos resultados esperados da atividade física⁵⁰, também seguem essa lógica. Os ganhos nos diferentes âmbitos são decorrentes de um processo contínuo de prática, que passa a ser parte do cotidiano, de um indivíduo ou de um grupo, e não de uma consequência imediata em que se espera obter: mais saúde, menos peso, mais bem estar, o alívio de uma dor... Ao olhar rapidamente para o resultado final desejado anula-se um período de tempo, que seria vivido com a prática, o cuidado de si, a oportunidade de perceber o prazer que uma atividade pode propiciar, notar outras questões relativas à saúde em decorrência do convívio com o outro e da possibilidade de se expressar diante do seu problema ou do grupo.

Ao contrário do ritmo da modernidade, a visão do trabalho como um processo contínuo e dos ganhos atrelados a ele, sugere que não é simples conquistar situações de mudança com ações de caráter mais pontuais, a despeito de toda proximidade e conhecimento entre as partes. É preciso reconhecer que diversas questões estão implicadas e podem influenciar a adesão a um tratamento ou a participação em atividades. Há também os limites das prescrições, informações, muitas vezes frias e desconectadas dos interesses das pessoas ou que não surtem efeito, pois o contexto ao redor permanece o mesmo, como os vários casos citados em relação ao lixo ou ao saneamento básico. Assim, para obter conquistas são necessárias ações diversificadas, nas quais não basta oferecer o serviço, mas que ações sejam desenvolvidas entrelaçando a dinâmica familiar e comunitária, a cultura local. É ao interagir com a comunidade que o trabalho vai ganhar uma direção e construir seu significado, podendo sobressair-se ao efêmero e superficial.

5.5 Aproximações com o conceito de comunidade

Nesse momento, busca-se direcionar mais especificamente a discussão para o tema comunidade por meio de elementos que mais chamam a atenção dos profissionais nas comunidades atendidas e, com base na experiência deles, reconhecer aspectos que podem contribuir em sua potencialidade, para tornar as ações mais efetivas, e identificar dificuldades,

⁵⁰ É preciso considerar que o termo *atividade física* difere do de *práticas corporais* (tratado no item 3.3). Ele tem sido empregado, tanto na mídia como na literatura da área da Educação Física, de modo hegemônico, particularmente para atribuir seus efeitos sobre a saúde. Sua definição é apresentada, com poucas variações, como qualquer movimento corporal que resulta em um substancial aumento do gasto energético acima dos níveis de repouso (BOUCHARD, 1994).

que podem indicar questões que precisam ser repensadas a partir da perspectiva do trabalho junto à comunidade.

Foi possível notar de modo marcante que a maioria dos entrevistados relaciona diretamente a comunidade com as carências e os problemas que apresentam, sejam sociais, econômicos ou de infraestrutura. Entre eles estão: jovens e mulheres nas ruas, desemprego, abandono de idosos, falta de espaços para lazer e acesso a demais serviços, educação, falta de perspectivas, moradias insalubres, violência, drogas, vulnerabilidade social de crianças e adolescentes.

[...] o que mais me chama a atenção e que me vem a cabeça é a falta de acesso aos serviços sociais né, aos serviços, aos equipamentos sociais, falta de acesso, falta de participação social. [...]. Então a vulnerabilidade social é o que me chama a atenção. Marisa

O que chama a atenção é assim, bastante moradias insalubres que as pessoas ainda não se conscientizaram em questão de lixo, sabe, mesmo de higiene do ambiente, do domicílio [...]. A gente vê uma grande quantidade de domicílios que estão inseridos nesse contexto que eu te falei. Sueli

Essa comunidade que eu trabalho me chama a atenção essa violência mesmo. Porque eu trabalhei cinco anos no Jardim Ângela e eu nunca presenciei uma coisa tão violenta como aqui, tão exposta sabe, aberta pra todo mundo. Lá era... eu falo que no Jardim Ângela era mais estruturado e era mais organizado na verdade, mais organizado. Aqui a violência é muito imposta pra tudo, eles chantageiam, eles falam se não acontecer isso, vai acontecer isso com você, dão meio que uma “engrupada” em todo mundo, até com os profissionais da comunidade. Rosana

Olha, o que chama pra mim muita atenção é a parte de educação, há uma falha, uma falha que me chama a atenção, por isso que eu to dizendo é o pessoal desocupado, o pessoal sem pensar. Por exemplo, eu trago, pras pessoas que gostam de ler, eu trago de casa livros, eu empresto, me devolve eu dou outro. Agora tem uma moça que ta... terminou o terceiro grau e ela escreveu o trabalho dela sobre a população indígena, mas é isso que precisa. Claudio

Na verdade eu acho um território sujo [...] não é porque é uma favela, é uma área ah... de invasão, era um terreno da prefeitura onde as pessoas invadiram ali e aí moram a mais de quinze vinte anos, mas assim, é sujo, não é porque você mora ali... eu acho que essa questão da sujeira, da higiene básica do território. Tem a questão política? Tem. Só que também tem o próprio morador que aceita morar em péssimas condições de higiene. Mas isso eu até aponto por uma questão de estima assim, eu não consigo ver outro ponto senão isso. “Ah tá bom..”. não, não tá bom, tá sujo, vai te trazer doença com o tempo, isso vai afetar a tua vida de alguma maneira né. Laura

Ainda no contexto relacionado às dificuldades, reconhecem como algo marcante na comunidade que atendem o sofrimento diário a que estão expostos, ao sofrimento envolvido nas histórias de vida.

Tem gente muito sofrida sabe, eu vejo bastante sofrimento assim, má qualidade de vida, é uma coisa que vem no decorrer dos anos, é muito sofrimento, isso me chama bastante atenção. A maioria das pessoas que você conversa tem uma história de vida bem bem difícil [...]. Muitos conflitos familiares, muito... você tem pessoas... acontece muito assim, tem a família, aí um membro dessa família adoece, vai o pai, geralmente um dos idosos da família adoece, quem que vai cuidar? De repente fica dependente, a família entra em guerra: “ah ele foi um sacana, ele batia na gente, bebia, a gente levou uma vida por conta disso, ele judiava muito...”. E o cara tá lá né, dependendo cem por cento. Aí você vai o cara tá deprimido, não quer mais viver, se tenta “olha, tem que...”, a pessoa largada. [...]. É uma coisa muito profunda [...]. Tatiana

Para poucos, o que chama a atenção relaciona-se a um aspecto conceitual importante que caracterizaria uma comunidade: a ajuda mútua, as relações solidárias e a organização em torno de objetivos comuns.

Tem, tem uns perfis que são marcantes. As pessoas são solidárias com as outras, elas são acolhedoras e é uma área que tem muita violência, é uma área que tem muita, muita, violência. Cristina

O que me chama a atenção nessa comunidade é uma coisa boa até, porque eles são bem organizados, são bem fortes assim, tanto é que a gente tem três membros da COHAB no conselho gestor. Então assim, eles conseguiram levar a Escola Técnica pra lá, eu acho que mais cedo ou mais tarde eles vão conseguir um posto de saúde⁵¹ lá, as escolas de lá, se você for, são ótimas, organizadas e eles ficam atentos a tudo assim, eu acho que são coisas que a gente não vê muito em outro bairro né, pelo menos aqui no Boa Vista, eles não tem essa organização. Assim, então, eles cobram da gente, porque como eles são organizados, e não importa com quem seja o problema né. Uma coisa também que eu acho que me chama a atenção é que eles são muito unidos os vizinhos, então assim, um vizinho precisa de alguma coisa o prédio inteiro se precisar ajuda. Então, existe caso de paciente também sozinho que amputou as duas pernas, então uma vizinha lavava a roupa, a outra fazia a comida, o outro levava no hospital, então isso me chama a atenção, eu acho que a parte boa da Cohab é essa. Por exemplo, em relação às práticas corporais, um vizinho decide fazer caminhada já arrasta a vizinha, já passa na casa da outra e elas mesmas se cobram. Julia

Apontamento 5 - Aprender com o conceito de comunidade

A visão dos profissionais designa a comunidade em relação as suas problemáticas. Mostram um panorama no qual é difícil intervir, e que pouco se aplica o conceito de comunidade nos sentidos propostos por Tönnies (1973), Wirth (1973), Fitcher (1973), MacIver e Page (1973). A homogeneidade não é a marca das relações, isto é, não se observa com clareza o interesse por temas comuns, ações solidárias ou mesmo o relato do sentimento

⁵¹ Em outro trecho da entrevista, ela comenta que a comunidade tem um abaixo assinado grande e já estão há três anos pleiteando na prefeitura pra ver se conseguem levar um posto de saúde mais próximo.

de pertencimento a um grupo. Elas se aproximam mais a situação observada por Valla (1999), quando explica que, de modo geral, associa-se o termo comunidade a uma área específica onde vivem populações de baixa renda e com problemas de infraestrutura.

Isso pode ser explicado devido ao cotidiano do trabalho que vivenciam, pois, como visto, os principais limites impostos às ações/orientações das equipes vêm dessas questões. Entretanto, discutir a predominância dessa visão é importante uma vez que “a ideia de favela associada ao tráfico de drogas, violência e vidas desregradas está muito presente no imaginário social” (VASCONCELOS, 2010, p. 33). Situação carregada de preconceito, em que as pessoas são classificadas socialmente pela sua forma de habitação e destituídas de outros atributos como, por exemplo, o de trabalhador (KOWARICK, 2009). Do mesmo modo, Carreteiro (2003) nos lembra do sofrimento social (humilhação, vergonha, falta de reconhecimento) ao qual as pessoas de classes sociais mais baixas são submetidas. Essas são questões que podem acabar por interferir na maneira de agirmos em relação às comunidades atendidas, muitas vezes, sem nos darmos conta disso.

Em pesquisa realizada em um Centro de Saúde do Rio de Janeiro, Vasconcelos (2010) observa que os profissionais acabam acompanhando no seu dia-a-dia situações de miséria e sofrimento, onde se contrapõem sentimentos de medo, indignação e também de compaixão. Assim, não só o trabalho em si, mas a subjetividade do trabalhador está presente na forma de compreender essas comunidades. Podem ser exemplos as falas da Laura, na indignação com a questão do lixo, ou da Tatiana, quando expressa com pesar o sofrimento percebido no contexto de vida dos moradores.

A predominância de um olhar voltado para a comunidade com seus problemas, dificuldades, minimiza as aberturas para a mudança. Seguir nessa direção, provavelmente, pode gerar uma “paralisia” em meio a tantos impedimentos. Olhar para o outro lado do conceito de comunidade mostra que ele tem um potencial a ser explorado no que se refere às ações mais solidárias, à organização em torno de objetivos comuns, que podem, a despeito das dificuldades identificadas, orientar o trabalho e até mesmo estimular a participação social.

Por exemplo, Góis (2008) percebe com base na sua experiência com saúde comunitária que há “[...] na relação entre os moradores, um fermento presente no terreno das interações sociais de proximidade e convívio precisando ser facilitado em seu cotidiano, no sentido da construção do conhecimento crítico, do desenvolvimento humano, da mudança social positiva e do cuidado ambiental” (p. 89).

O estudo de Marques (2010) sobre a questão da pobreza e o modo como as relações sociais interferem nas condições de vida também pode nos dar indicativos. O autor

verificou que há uma diversidade de redes (tamanho, localismo e variabilidade de sociabilidade); e de cenários de sociabilidade nelas presente (família, vizinhança, amizade, igreja, trabalho, associação). Entre os tipos de sociabilidade as relacionadas à família e à vizinhança foram as mais frequentes. Apesar de haver diferenças no modo como cada uma contribui para os sujeitos, de modo geral, considera-se que as redes e sociabilidades influenciam as condições de vida, particularmente a pobreza, e podem melhorar, por exemplo, o acesso a bens e serviços.

Esses dados nos ajudam a pensar, então, que as práticas de saúde possam estimular o desenvolvimento dessas redes, uma vez que a ESF já tem elementos facilitadores para atuar nesse sentido: como os ACSs, as atividades em grupo e o trabalho intersetorial. No entanto, como no caso da intersetorialidade, é preciso favorecer ações e apoio não só entre os trabalhadores das instituições para resolver casos específicos, mas também para o envolvimento das pessoas da comunidade com outros pontos de apoio, formando redes que incluam instituições e organizações além da referência do próprio serviço de saúde.

Isso é importante porque, de acordo com Marques (2010), não se trata apenas de incentivar a constituição de vínculos, de modo geral, pois as redes grandes, mais locais e baseadas em vínculos primários contribuem para as dinâmicas comunitárias e até mesmo para os atributos dos moradores. Entretanto, para melhorar as situações sociais considerando as dimensões relacionais da pobreza é preciso incentivar diferentes sociabilidades. Para Marques (2010), na maioria das vezes as iniciativas acabam focando as redes locais e entre pessoas de mesmo atributo (características socioeconômicas e culturais semelhantes), mas os resultados de sua pesquisa mostram que é importante investir também no sentido inverso. Foi nesse caminho que observou maior potencial para gerar acesso a informações e melhores oportunidades, ampliar o número de indivíduos que podem estar em contato e de campos disponíveis que contribuam tanto para a troca de auxílios como para facilitar o acesso a bens e serviços, particularmente para indivíduos segregados.

Ao pensar no envolvimento dos profissionais para explorar esse potencial da comunidade, a sociabilidade, entra em jogo outro elemento importante do seu conceito, que se refere justamente a relação entre o “Nós” e “Eles”, isto é, a aceitação daqueles que são de “fora” (profissionais, pesquisadores...) e aqueles que são de “dentro” (os moradores). Esse dilema aparece na fala dos profissionais. Exemplifico com o relato de Pedro devido à experiência que estava passando na época em que realizei a entrevista:

O que não me sai da cabeça quando eu falo comunidade é ausência ou o fantasma do médico que tava na equipe antes, que rolou um conflito muito

complicado dele com a coordenação. [...]. E isso não me sai da cabeça porque [...] a população hoje me enxerga como o cara que não é ele. E ele era amigão do pessoal, ele tinha uma visão um pouco pobre dessa clínica ampliada, ele entendia que bastava ser amigo da população pra você tratar bem as pessoas [...]. Então se confundia um pouco essa visão da clínica, do ser biopsicossocial, como ser amigo do médico. E isso é o que mais me chama a atenção porque isso tá presente e entremeia toda a relação. Tipo assim, eu tenho toda a relação com a minha equipe, o enfermeiro, o agente comunitário, todas as coisas que eu tenho que pensar, então, o grupo que eu to planejando tem que ser um grupo diferente do que ele fazia porque se não vai bater de frente e eu vou perder ponto com a comunidade. Então, pra eu ter essa visão de vínculo com a comunidade, que é [...] única coisa que eu posso pretender é criar vínculo né, antes de mais nada, e pra eu criar vínculo eu tenho que tá com isso na cabeça o tempo inteiro, então é quase uma assombração. Pedro

Também nas observações relativas às ações que procuram ampliar as possibilidades de contato dos moradores com situações diferentes das vivenciadas na comunidade encontramos outro exemplo: uma coordenadora explica sua preocupação com a falta de perspectiva dos jovens que atende e conta um pouco do trabalho que tentam realizar, no caso junto com a escola. Sobre essa situação ela conta:

Alguns adolescentes que eu atendi eu conversei com eles: “quando terminar a escola tudo [o que você vai fazer?]; “a nada, eu não pensei em nada”. “Você não tem vontade de fazer alguma coisa, nem quando você era criança, aquele sonho de criança, a vou ser professora, vou ser...?”. “Não”. Não tem nenhuma perspectiva de vida. É muito complicado em relação a isso, eu acho que isso é o que mais me chama atenção. Porque eles vão se espelhar em quem? Eles vão se espelhar no irmão mais velho, eles vão se espelhar no pai, no primo, no tio, e assim, é um ciclo vicioso né. A escola tenta muito fazer esse trabalho com eles de levar as crianças pra visitar outros lugares e eles não querem participar do passeio. Então na reunião a gente discutiu: o que será isso? É uma proteção? “ah eu não quero sair da minha comunidade porque eu sou de lá e eu não sei o que eu vou encontrar lá fora...”.

Na revisão de literatura Hoggart (2001) nos apresentou vários elementos que demarcam o “Nós”, quem é do grupo, e “Eles”, os que são de fora, diferentes de alguma forma. As entrevistas trazem essa percepção tanto do ponto de vista da aceitação ou negação daqueles que são de fora, como na fala do Pedro, como do isolamento e identificação do grupo com receio do que vem de fora, como na fala da Joice.

De acordo com Hoggart (2001) a casa e o bairro ocupam uma posição importante para as classes populares, alimentada por uma desconfiança do mundo exterior. Essa desconfiança está relacionada ao poder atribuído a “Eles” uma vez que poderiam, assim, intervir na vida das pessoas. Nesse “Eles” enquadram-se também os diferentes profissionais a que têm contato, como médicos, assistentes sociais e educadores. O autor lembra que mesmo

aqueles com quem é mantida uma relação mais próxima, onde se encaixaria o exemplo das equipes de saúde da família, há outro reconhecimento, porém quando considerados como seres sociais continuam situados na dimensão “Deles”. Assim, o desafio a que estava submetido o profissional era o de se aproximar da esfera do “Eles” em que há um reconhecimento sobre o qual as pessoas da comunidade podem depositar confiança em relação ao seu trabalho, às suas intenções para com elas. Nesse caso particular, a aproximação era ainda mais difícil, pois o profissional tinha que “competir” com o modelo do profissional anterior, já aceito pela comunidade, mesmo que para os padrões do serviço ele tivesse uma postura considerada inadequada.

A preocupação da profissional em relação ao desinteresse dos jovens pelo futuro profissional e o “se espelhar no irmão mais velho, no pai...”, também estão de acordo com as observações de Hoggart (2001). De modo geral, o autor observa que é depois dos quinze anos que as pessoas entram na “verdadeira vida”. Seguem o modelo dos mais velhos, depois da escola, e o contato com vida profissional mostra as dificuldades para se conseguir uma progressão na carreira. Para eles “as tarefas dispõem-se num leque horizontal, e não numa hierarquia vertical; a vida não é concebida em termos de uma ascensão, e o trabalho não é o principal interesse” (p. 180). O reconhecimento das limitações para o crescimento profissional manteria os jovens no modelo vivido, o que se relaciona à falta de perspectiva observada e que preocupava a profissional. Essa oposição do grupo à ideia de mudança gera também uma pressão conformista sobre os seus membros e torna o grupo mais fechado, o que nos remete à questão da resistência dos jovens em participar de atividades oferecidas que os colocariam em contato com o “lado de fora” da comunidade.

Outro aspecto conceitual que aparece de modo contraditório nas entrevistas está relacionado à articulação das pessoas em torno de objetivos comuns: eles percebem que há dificuldade de articulação entre os moradores, ao contrário do que a literatura mostra como elemento importante para se reconhecer uma comunidade.

[...] olhando no geral assim, a falta de união entre eles pra se fazer alguma coisa, uma liderança comunitária que pudesse... porque é uma área pequena e as pessoas quando a gente parte da estima delas é um efeito dominó, muita coisa junto, aí cai território, cai estímulo, é uma... na verdade eu acho um território sujo, com muita falta de estímulo das pessoas assim, falta de iniciativa. Laura

[...] nós temos alguns catadores, pessoas da comunidade mesmo que a gente já tentou fazer um projeto mas, infelizmente, a gente não consegue porque essas pessoas não querem se associar ou entrar numa Associação porque aí elas acham que elas têm uma perda, e não um ganho né, e essa é uma coisa que chama bastante a atenção e que a gente gostaria de atuar né, além de

todas as outras. Mas assim, é um pouco difícil, mesmo porque as próprias pessoas que se dizem líder da comunidade quando você chama não comparece né. Beatriz

Mas o que falta também, em relação ao que me chama a atenção, é uma questão também de mobilidade social, eu acho a comunidade muito apática nesse sentido de se mobilizar socialmente, né. Então acha que a UBS que tem que resolver todos os problemas, sabe, a gente que tem meio que encaminhar as coisas né, então eles são muito dependentes nesse aspecto. Sueli

No caso da comunidade da equipe da Joice a situação é ainda mais contraditória. Ela explica que há na comunidade uma pessoa que “se autocreditou líder”. Conta que ela é muito ativa, corre atrás das coisas, no entanto não é bem aceita pelos outros moradores, em alguns casos a equipe nem recorre a sua ajuda devido ao risco de se comprometer e sofrer “boicotes” por parte do restante da comunidade.

[...] essa líder comunitária, a gente recebeu um e-mail, dia vinte agora de julho, ela vai fazer uma reunião lá na própria comunidade com a comunidade e ela convidou vários órgãos representativos do governo da prefeitura né, então, desde o pessoal que cuida da rodovia, eu sei que são vários órgãos [...]. E assim, ela mobilizou a subprefeitura, o posto, o trabalho de um estudante de medicina [...]. Então assim, embora ela não seja muito bem aceita pela comunidade, ela faz acontecer [...]. Em relação ao centro comunitário eu não digo pra você que a gente tem o espaço físico, assim um centro comunitário, um espaço físico não tem, a gente tem essa líder que ela não é muito bem aceita pela comunidade, os próprios moradores falam dela, os agentes de saúde também falam dela. Joice

Diante da divergência, pergunto se eles não percebem a existência de outras pessoas que poderiam ter um perfil de liderança e ela explica que

Não tem, a gente não consegue reconhecer uma outra pessoa que possa fazer, assim, como um papel de líder junto com a gente. A gente... quando teve... no começo, por a gente se preocupar com a questão da dengue, do lixo, da água parada, a gente fez uma reunião com a comunidade no dia do grupo mesmo e aí a gente tirou da reunião que a gente ia fazer uma reunião com os síndicos né, mas esses síndicos a gente não conseguiu nem localizar, identificar propriamente quem era esse síndico, marcar uma reunião. Então assim, a gente não conseguiu fazer essa mobilização, foi um dos caminhos que a gente tentou pra começar fazer maiores... essa aproximação maior, mas a gente não conseguiu, não foi pra frente.

Em outra situação, observa-se a divergência na relação entre moradores de um mesmo bairro. A coordenadora Julia explica que:

Tem poucas famílias em situação financeira assim muito precária, diferente da equipe vermelha que é no mesmo bairro, só que é área de invasão, tem área de invasão, tem favela. Então assim, eles mesmo lá na Cohab eles têm um certo preconceito uns dos outros, tanto a equipe vermelha que são as casas não gosta da equipe branca que são os prédios sabe, uma briga, então a gente não consegue fazer trabalho junto.

Apontamento 6 - Ainda um desafio: desenvolver a participação comunitária

Percebe-se que aspectos importantes do conceito de comunidade estão implicados no trabalho em saúde, dizem respeito à forma como as comunidades são vistas, às relações que são construídas e a um potencial presente no conceito que pode ser explorado nas ações de saúde. Pelas falas, questões como a organização/mobilização da comunidade e a aproximação entre as pessoas poderiam ajudar no trabalho e nos cuidados com a saúde. Algumas destacam iniciativas das equipes nesse sentido. Apesar disso, não se observa uma participação efetiva da comunidade de acordo com o que seria a expectativa do profissional.

Isso foi algo que aos poucos me chamou a atenção no decorrer da pesquisa de campo. As entrevistas não traziam elementos em que pudesse perceber de forma clara a “comunidade”. Perguntava também sobre os Centros Comunitários, se existiam, se eram ativos, a resposta sempre era negativa ou incompleta: “*não tem*”, “*tem, mas está desativado*”, “*tem, mas só tem atividades da equipe...*”; ou então, “*você devia ter procurado lá na zona leste, lá eles têm mais tradição nessa parte de mobilização social*”. A cada nova entrevista essa situação me deixava mais angustiada à medida que percebia como era difícil encontrar a comunidade organizada, ativa em torno dos seus interesses.

Tal situação pode encontrar respaldo em Kowarick (2009, p. 78) quando explica que “no Brasil jamais houve instituições políticas sindicais ou comunitárias com força suficiente para garantir a efetivação de direitos básicos do mundo do trabalho ou proteger o morador, transeunte ou usuário de serviços básicos de intempéries do mundo urbano”. Os movimentos que ocorreram nesse sentido – modernização econômica e mobilização social – se deram de modo pontual, cujo exemplo referido é a cidade de São Bernardo do Campo, no período de 1970 a 1980. Estavam envolvidos nesse caso fatores como o número e a participação dos trabalhadores das grandes empresas, ações de reivindicação do “novo sindicalismo” e o crescimento de bairros populares formados por operários, com envolvimento também das Comunidades Eclesiais de Base (CEBs). Foi nesse contexto que teve origem o Partido dos Trabalhadores (KOWARICK, 2009).

A fraca mobilização comunitária também pode ser compreendida na análise que Kowarick (2009) faz a partir do conceito de *desfiliação* de Robert Castel⁵². Trata-se de um processo em que ocorre a perda de raízes que compromete a participação das pessoas até nos âmbitos mais básicos da sociedade. Nas palavras do autor,

⁵² CASTEL, R. *Les metamorphoses de la question sociale: une chronique du salariat*. Paris: Fayard, 1995.

O desenraizamento social e econômico significa, de um lado, enfraquecimento de laços de sociabilidade primária – família, parentela, bairro, vida associativa e o próprio mundo do trabalho; de outro, desemprego de larga duração ou trabalho irregular, informal, intermitente ou ocasional, que advém de várias modalidades de desinserção no sistema produtivo (KOWARICK, 2009, p. 86).

Analisando o cenário brasileiro, Kowarick (2009) conclui que o que estaria comprometendo essa participação não estaria ligado tanto à perda das práticas de luta do mundo fabril e sindical, mas à própria forma como o trabalho vem se configurando. Percebe que “está ocorrendo um vasto processo de desenraizamento do mundo do trabalho, na medida em que, para muitos, ele tornou-se informal, instável e aleatório” (p. 86). As complicações decorrentes incluem a falta de: continuidade do trabalho, rendimento regular assalariado ou autônomo, e, sentimento de segurança, devido à perspectiva de se poder contar com a aposentadoria por tempo de serviço. Assim, esse arranjo interferiria de modo mais marcante nos movimentos e organizações voltados para defesa do trabalho.

No que diz respeito à sociabilidade primária, Kowarick (2009) nota que é ainda mais difícil situar a questão do desenraizamento, porque ao mesmo tempo em que pesquisas mostram mudanças na sociedade familiar e comunitária, no sentido de um enfraquecimento, elas também são destacadas pelo papel de apoiar e enfrentar um contexto onde prevalece a fragilidade dos direitos sociais, fraca presença da ação estatal e de vulnerabilidade quanto aos direitos civis básicos.

Já o trabalho de Góis (2008), que aproxima saúde e comunidade, contribui para a discussão das divergências entre moradores de uma mesma comunidade. O autor considera que é importante discutir a relação entre vida comunitária e luta social com base na vida concreta dos moradores, mas sem desconsiderar que as comunidades, independente do tipo, não deixam de estar inseridas no âmbito global da sociedade de classes. Em seu modo de vida a comunidade apresenta certas “diferenças de classes”, entretanto essa diferenciação “não se evidencia na forma clara e desigual das relações de dominação e exploração, nem rompe com os laços comunitários na maioria das situações em que essa contradição aparente se manifesta no modo de vida da comunidade” (GÓIS, 2008, p. 88).

Entre os exemplos citados, Góis (2008) descreve uma situação, próxima à encontrada na entrevista da Julia, sobre as diferenças dentro de uma mesma comunidade, em que uma tem melhores condições – sociais e econômicas – do que a outra. O autor observa que as diferenças podem levar a preconceitos e posturas como os de classe, entretanto, no dia-a-dia da comunidade elas se diluem, à medida que a proximidade se mantém: há participação

em atividades de uma mesma associação, em festas e em ações voltadas para melhorias da comunidade de forma geral.

A entrevista da Julia diz respeito à comunidade que observei na segunda fase da pesquisa, assim, pude notar um movimento parecido. Nas aulas de Judô frequentavam crianças e adolescentes das áreas dos prédios – em melhores condições – e também das casas – em condições mais precárias. Algumas mães que as assistiam também conversavam amistosamente. Outro exemplo pode ser dado quando soube, por meio de uma conversa com a administradora do Centro Comunitário, que existe um abaixo assinado de toda a comunidade reivindicando a construção de um centro cultural em um terreno disponível no bairro.

Assim, percebe-se, tanto na fala dos entrevistados como na literatura, que há uma dificuldade de desenvolver a participação comunitária. A literatura nos ajuda a compreender essa situação além de explicações pontuais como “falta de vontade do indivíduo” ou “passividade dos moradores diante dos problemas”, mas as situa em um contexto histórico, em relação ao mundo do trabalho e à economia. Apesar desse quadro, os autores reconhecem, seja no contexto de vulnerabilidade civil e econômica (KOWARICK, 2009), seja especificamente no âmbito da saúde (GÓIS, 2008), no fortalecimento dos laços comunitários e familiares um potencial para lidar com as intempéries da vida.

5.6 Vínculo e contexto de vida: marcas do trabalho em saúde e comunidade

Ao analisar e revisar o conjunto das entrevistas buscando as falas que mostram os pontos fortes e potencialidades assim como dilemas e desafios quando o tema é especificamente trabalhar com a comunidade, foi possível notar um movimento em que as questões transitam entre os ganhos em se fortalecer o vínculo entre profissionais/serviço e usuários/comunidade e as “consequências” dele. Do mesmo modo, conhecer o contexto de vida dos moradores respalda e orienta o trabalho a ser planejado e desenvolvido pelas equipes, mas também traz à tona problemáticas que excedem as possibilidades imediatas de ação e/ou estão relacionadas a outras esferas. E, apesar disso, o contato com a realidade das comunidades, independente de estar diretamente ligada com as ações de saúde, acaba de alguma forma interferindo no processo de trabalho e no modo como o profissional o percebe.

5.6.1 Aspectos facilitadores

O vínculo com os sujeitos e suas famílias é considerado pelos profissionais como o aspecto mais positivo do trabalho com a comunidade. O vínculo criado facilita o atendimento e a intervenção, pois permite uma compreensão maior entre as partes e dos problemas enfrentados. O contato de modo mais frequente com o usuário permite conhecê-lo como “pessoa” e a entrelaçar o trabalho com seu modo de vida. De uma perspectiva mais técnica, isso contribui para desenvolver a prevenção e promoção da saúde e propicia o acompanhamento dos usuários e realizar possíveis adequações, em relação às orientações e ações propostas.

O vínculo é a parte mais positiva que existe [...], não só o vínculo emocional, mas ao conhecer a realidade de trabalho e de vida dessas pessoas, você consegue fazer com que a sua consulta, o seu grupo seja mais efetivo. Marisa

E o bom é todo esse lado que gente conversou também, da possibilidade de fazer esse vínculo, de conhecer a pessoa realmente, de trabalhar com a família não só com a pessoa, tentar fazer a promoção da saúde né, não só vê doença, então é muito bom. Jaqueline

Positivo é que, assim, você faz um vínculo mesmo, você conhece, você tem condição de conhecer a família, assim... tem famílias que até nos convidam pra almoçar né, então é um vínculo muito gostoso mesmo. Sueli

A coisa boa que eu vejo é essa proximidade né, esse vínculo, porque isso na maneira que tem aqui eu nunca tinha visto acontecer, né, nesses vinte anos. Sofia.

O que eu acho positivo é o vínculo, você tá em contato com a pessoa, você poder tá na casa dela, ver a situação da moradia né, ver a situação social mesmo dela, se a pessoa trabalha, ver o conflito familiar. Marcelo

A parte positiva é que a gente consegue desenvolver a prevenção com eles, tendo esse vínculo próximo com eles da prevenção, que isso ajuda bastante. Lúcia

Ele também é visto como algo importante porque a aproximação traz, como consequência, maior reconhecimento e confiança pelos usuários no trabalho das equipes. Em contrapartida, os profissionais sentem-se mais realizados profissionalmente:

[...] eu acho que eles valorizam bastante, principalmente a gente aqui, a gente sente muito isso, a valorização da gente, profissional, e eu acho que isso pra eles é fundamental [...] apesar de ainda, é lógico, [ser] impossível absorver tudo. Beatriz

[...] você ter essa proximidade com eles, você ver que eles confiam em você, que você pode resolver algumas [coisas], tipo o que você fala tem peso e que vai ajudar e que vai resolver. Rosana

Na verdade, eu acho que assim, a coisa de convidarem você, de trazerem bolo, porque eu vou almoçar e eu ganho muitos beijos e ganho presente, assim, a gente é muito querido pelo o que a gente consegue falar. Sofia

[...] eu gosto muito e tenho uma proximidade com a comunidade muito boa, principalmente na minha área. É... eu acho isso muito legal, quando às vezes eu comento que peguei o [...] teste de gravidez de uma mulher que deu positivo eu fiz todo o pré-natal e acompanhei essa criança até os dois anos de idade. Aí eu vejo aquela coisa né, e aí eu brincava com a mulher lá que tava gestante que a criança ia ser 'mó' sapeca e de repente ela é mesmo sapeca né, essa brincadeira né. Então, ver essa parte do desenvolvimento, ver esse vínculo é muito gostoso, é legal. Rosana

Junto ao vínculo, outro ponto de destaque foi o contexto de vida. Conhecer a comunidade é importante para poder trabalhar com os problemas reais, entender o contexto e as condições de vida das pessoas para poder lidar com elas, o que permite ampliar a visão que se tem sobre a saúde.

[...] a gente com um contato maior com as famílias né, a gente tá atendendo aqui no consultório, acha que tem alguma coisa errada, vai na casa pra ver como é. A gente tem a possibilidade de ver como a família vive né. Então, como é dentro da casa dela, ou como tá a comunidade, como tá ao redor de onde ela mora, isso é positivo. Os agentes eu acho que é um ponto muito positivo, porque eles são o espelho da comunidade. Julia

É que eu acho que você levanta os problemas, você começa a trabalhar, você começa a fazer área de uma outra forma, não adiante você ter dez vagas de criança se eu tenho cinqüenta. Então, eu acho que é bom você conhecer a comunidade pra você trabalhar com os problemas reais que ela tem, das necessidades que ela tem. Flávia

Então você sabe que existem orientações de saúde ou de educação em saúde que você não vai conseguir fazer porque naquela realidade não se aplica, e você conhece qual é a realidade. Marisa

Então, vem aquela pessoa aqui direto com crise de rinite, com crise de asma, não adianta você só é... fazer intervenção medicamentosa, só o tratamento clínico. Em que condições essa pessoa vive? [...] Eu acho que o PSF possibilita bastante eu enxergar além do indivíduo que tá na minha frente, porque não é todo mundo que vai ser assim tão transparente “olha na minha [casa] não tem...”, “eu tenho esgoto a céu aberto”, não é todo mundo que vai chegar e vai contar esse tipo de coisa. Então você tem como entender, né, pelas condições habitacionais, de saneamento, pela dinâmica familiar, pela história de vida, você entender um pouco porque aquela pessoa tá tendo aquele tipo de reação. Tatiana

Outros relatos ajudam a compreender essas questões, pois as exemplificam com situações vividas no dia-a-dia. São dados que ganham mais vida e mostram a trama de

relações e possibilidades envolvidas que misturam vínculo e contexto de vida. Dizem respeito ao momento e às circunstâncias da vida, aos valores e às crenças que cada um carrega consigo, o que faz de cada atendimento algo singular. Uma orientação técnica, que a princípio parece a mesma para todos, nestas condições mostra seus limites e sua dureza, é preciso ser repensada e até colocada em suspenso. Ao profissional é apresentado o desafio de “negociar” com o outro, que não pode mais ser visto como receptor passivo da orientação.

A gente vê o paciente dentro da comunidade como um todo. Então, por exemplo, eu vejo o paciente que é hipertenso onde ele mora, porque eu tenho que fazer a medicação dele. Um evento simples, se ele não tem um banheiro perto como é que ele vai usar um diurético? Como que você vai saber? Como que ele vai saber a insulina dele de noite se ele não tem um cuidador? Então eu tenho que arrumar um cuidador preocupado com o vizinho. Dulce

Eu chego na porta de uma paciente diabética, ela é dependente por que ela não consegue subir a escada da casa dela porque tem uma seqüela de AVC. Bom, mas ela é super ativa, ela cozinha o dia inteiro, a primeira vez que eu fui na casa dela, faz dois meses, o médico falou o seguinte: ‘olha ela tá tomando a medicação toda errada, vai lá e orienta’. Eu cheguei e até deixei ela falar, mas eu tinha uma missão, eu tinha que orientar a medicação e ela queria saber. [Foi assim] da primeira, da segunda, da terceira vez, da quarta vez ela foi pro uso da insulina. Orientei o uso da insulina. Eu sei que outro dia eu fui fazer uma visita com a dentista e a dentista ia fazer uma... eu sei que eu saí da casa dela e fui ver outro paciente e voltei. Quando eu voltei elas estavam trocando receita, e lá ficou ela trocando receita quarenta minutos. Foi a melhor visita porque eu descobri que ela nunca vai fazer a dieta, porque ela acredita piamente que comida abençoada não faz mal pra diabete. E aí ela tem um forno antigo, sabe, aquela coisa linda! E eu fui abrir e vi que tava cheio de pão e ela disse: ‘mas eu não como esse pão, é só quando eu faço torrada’. E eu, ‘ah...’. E fechei o forno. Aí você fala aí ‘meu Deus! Um ano de trabalho pra nada’, porque eu cansei de explicar que não era pra comer pão, mas eu acho que eu esqueci de falar da torrada (risos). Uau! Eu esqueci de falar da torrada! Olha, então assim, sem conhecer a comunidade é impossível trabalhar, você está fingindo que trabalha, então o vínculo com a comunidade é tudo [...]. Luciana

[...] a gente da receita pro paciente aí ele volta, “mas o senhor não fez aquilo que a gente orientou”, “fiz, a senhora mandou eu tomar dois comprimidos assim, assim, assim”, “não, não era dois”. Aí você começa, “espera aí, faz o seguinte, eu expliquei isso aqui pro senhor, agora lê pra mim e vê o que o senhor entendeu”. Ele não sabe ler. Maria

Outros relatos indicam resultados obtidos devido ao vínculo e ao reconhecimento do contexto de vida, na relação próxima e na compreensão do processo de trabalho mais contínuo. São respostas para o trabalho e mudanças que acontecem na vida das pessoas que se revelam no dia-a-dia dos grupos, nas intervenções, nas consultas, nas visitas domiciliares, nas conversas que, de outro modo, como no atendimento apenas de consultório, seriam mais difíceis de observar.

[...] Então, a gente tem uma parte de idosos grande que não saber ler e aí? E a gente tem no bairro várias escolas de alfabetização pra idosos, tem inclusive uma igreja que eles têm até um método muito bom, mas é difícil convencer aquele idoso a ir. Mas nesse bairro tem recurso, as pessoas que estão sem serem alfabetizadas é, teoricamente, porque querem, não falta espaço, por medo, por receio, por vergonha, a maioria por vergonha né na realidade. Mas a gente consegue, uma boa parcela a gente conseguiu que eles fossem pra aula pra serem alfabetizados, então já consegue ver... a colheita já existe, não é tanto como a gente gostaria, mas já existe. Maria

Porque me incomoda e a droga entrou direto aí, muita droga, muito craque. É que é o seguinte, tem um rapaz, ele até veio hoje aqui por sinal, ele há pouco tempo usava cocaína, fumava, bebia, essa coisa toda. Ele veio aqui um dia e disse “eu quero sair dessa, minha mulher, agora meu filho vai nascer e eu não gostaria que ele me visse nessa situação”, “a melhor coisa que você já fez foi isso, porque eu até posso te dar uma ajuda, mas o mais importante é sua família, sua mulher”. Ele tá mais de ano sem nada, sem nada, nada, nada, melhorou a condição de vida dele. Hoje ele já vem aqui com a moto dele e tal. E eu até coloquei pra ele a gente vai precisar fazer uma reunião, algumas pessoas que queiram e você vai ser um depoente de história. Ele fala a mesma linguagem. Claudio

Apontamento 7 - As relações e a proximidade com a comunidade: elemento chave no trabalho em saúde

A característica de solidariedade e proximidade entre vizinhos em uma comunidade, muitas vezes exercitada para lidar com as dificuldades do dia-a-dia, é também percebida como importante para o trabalho das equipes. Ela é citada de modo mais recorrente para caracterizar o lado positivo da aproximação com a comunidade, o que só pode ocorrer se em ambos os lados houver envolvimento. Portanto, de certo modo, essa lógica da comunidade também está presente no trabalho em saúde.

Na área da saúde, a construção de vínculo não se refere apenas a uma tentativa de tornar as ações mais humanizadas entre serviços de saúde e usuários, mas de acordo com Campos (2003) é um recurso terapêutico que visa qualificar o trabalho em saúde. O vínculo diz respeito ao profissional, ao usuário, à equipe, a outros profissionais específicos e ao serviço. O autor explica que o usuário do serviço desenvolverá o vínculo quando confiar que a equipe é importante e pode contribuir, de algum modo, para a conservação de sua saúde. Para os profissionais, o vínculo torna-se possível quando assume o compromisso com a saúde daqueles com quem atua. O movimento que constitui o vínculo está na procura de ajuda de uns e na resposta oferecida por outros, portanto, não parte apenas do profissional.

Para explicar os tipos de vínculo que podem ser construídos, Campos (2003) lança mão do conceito de “transferência” oriundo da Psicanálise para dizer que no vínculo com

pessoas ou alguma instituição está presente a “transferência” de afetos. Esses afetos são bilaterais e podem ser positivos ou negativos. Quando positivo constitui-se como apoio para passar por momentos difíceis, lidar com problemas. Assim na relação de cuidado o profissional teria também o papel de “estimular a capacidade de as pessoas enfrentarem problemas a partir de suas condições concretas de vida” (p.70).

Esse vínculo, não só no sentido emocional, mas para o enfrentamento de uma situação específica, é percebido no relato de Claudio, que mostra como a confiança do usuário e a sensação de se sentir apoiado pelo profissional, foram importantes para passar por um momento de mudança importante em sua vida. Já o de Tatiana chama a atenção para o vínculo como facilitador para “acessar” as condições concretas de vida do outro. Algo que merece destaque porque essa situação não é simples. De acordo com Vasconcelos (2010), a rejeição social e a experiência opressora tanto com profissionais como com pessoas de outras classes sociais, faz com que muitos temam em se mostrar e sintam vergonha de expor sua realidade. Em decorrência disso, é possível também que se tornem desconfiados ou mesmo agressivos. A dificuldade também pode estar do lado do profissional quando o preconceito contra o pobre urbano impede que veja e compreenda a condições de vida dos usuários (VASCONCELOS, 2010). Assim, a construção de vínculo, também nas relações profissionais, necessita de uma base de confiança, construída aos poucos, num processo de reconhecimento e aceitação.

No caso da saúde, esse apoio assume características específicas de acordo com as necessidades das pessoas e também dos recursos das equipes, de modo que ele não diz respeito apenas à “ligação” entre as partes. Campos (2003) destaca que para identificá-las é preciso atentar aos padrões de transferência presentes no atendimento individual ou em grupo e oferece exemplos das diferenças de apoio que podem ser demandados:

A alguns haveria de se ofertar mais atenção, a outros estimular uma diminuição no consumismo de procedimentos. A alguns ajudá-los a se cuidarem melhor, a olharem mais para os filhos, familiares, comunidade; a outros ajudá-los a escaparem da obsessão de controlar o mundo e de fazer tudo perfeito. E realizar tudo isso durante o atendimento clínico normal: consultas, grupos, curativos, visitas, caminhadas, etc... (CAMPOS, 2003, p. 70).

Nesse movimento de aproximação em que o profissional apoia o usuário e este retribui com o reconhecimento do seu trabalho diminui-se a distância entre o “Nós” e o “Eles”. É preciso considerar que devido à quantidade de pessoas sob responsabilidade de uma equipe e também das particularidades de cada um, os padrões de vínculo não serão sempre os mesmos.

5.6.2 Aspectos complicadores

No que se refere aos aspectos complicadores do trabalho em saúde próximo à comunidade, pode-se dizer que eles estão relacionados ao verso dos aspectos citados anteriormente. Se por um lado os profissionais notam os pontos positivos do vínculo, por outro eles aparecem, de modo menos frequente, como complicadores quando há excesso de proximidade e falta de limites mais claros.

[...] pacientes que, às vezes, são tão habituados com você, tão acostumados que eles não querem esperar, eles querem ser atendidos na hora. Então eu acho que muitas vezes você ter facilidade com a comunidade, esse bom entrosamento, também dificulta porque eles não querem esperar as rotinas, não querem esperar os horários né, porque eles acham que conhecem você. Flávia

[...] o negativo é que nem sempre as pessoas sabem discernir né, então, mesmo que graças a Deus não são muitos né, é a minoria que acontece isso, às vezes, acaba que, como esse vínculo ele é muito fortalecido, às vezes, eles querem meio que burlar um pouco a rotina que é estabelecida [...], tentam burlar né, dar aquele “jeitinho brasileiro” né. Sueli

O que dificulta, eu acho que por essa proximidade, às vezes, as pessoas não têm um pouco de limite, às vezes vem, bate, a gente tá atendendo, bate na porta, sobe direto pra falar com a gente, você tá no meio de um atendimento, eles acham que você lembra exatamente de toda a história dele, “lembra aquilo?!”. [...] Mas acho que é pior ainda pro agente comunitário porque eles moram, eles são vizinhos deles que batem na porta quando eles estão de férias, no final de semana, à noite e etc. e tal. Tatiana

Em relação aos agentes de saúde também né, eles sempre reclamam “ah fulano foi na minha casa de final de semana”, não tem hora. Então, a questão do limite porque a gente constrói um vínculo tão grande com os pacientes, com a comunidade que tem hora que fica difícil estabelecer limite né, tanto que a gente acaba levando pro lado pessoal né [...] Joice

Esse vínculo também faz com que o profissional, muitas vezes, sinta/sofra pelo dia-a-dia difícil das pessoas, os problemas familiares que têm, e por casos não resolvidos, alguns deles relativos à própria condição de vida das pessoas. Misturam-se as relações pessoais e profissionais.

A gente fica muito próximo da vida de cada um né. Então, por exemplo, a gente muitas vezes “ah fulano não tem dinheiro pra comprar medicação, a medicação tá em falta no posto...”. Eu tenho uma paciente que eu acabei tirando dinheiro do próprio bolso pra pagar a injeção anticoncepcional pra ela, porque ela é uma paciente HIV positivo [...]. Então assim, a gente se vê num desespero tão grande que você fala “não, eu vou tirar o dinheiro do bolso e pagar”. Eu acho que isso não é bom, não faz bem, porque a família tem que se responsabilizar por isso. Joice

Acho que negativo também, às vezes, a gente vê a situação de alguma família que tá numa dificuldade, tá desempregado, tá com dificuldade financeira, e você vai lá e vê a situação, ou a mãe que tem muitos filhos e precisa sair pra trabalhar e não tem com quem deixar... Você fica muito próximo da família né, e quando a gente fica há três anos, a gente acaba conhecendo todo mundo pelo nome ela também trata a gente pelo nome e aí a gente acaba participando de tudo né. Julia

Eu acho que o profissional que trabalha com isso ele tem que se policiar muito e conseguir diferenciar o que você pode resolver. A primeira vez que eu tive uma paciente com câncer e eu não consegui fazer essa paciente se tratar pra mim foi muito difícil [...]. Maria

Do mesmo modo como acontece com o vínculo, também destacam o verso da proximidade que possibilita conhecer o contexto e as necessidades da comunidade que é levantar demandas que nem sempre são possíveis de atender, pela quantidade e também pela complexidade. Lidam com problemas desde o nível das relações familiares até os de ordem social, econômica e de infraestrutura das comunidades, muitas vezes, sem o respaldo de políticas públicas eficientes. Deparam-se também com os limites em casos específicos, como as drogas e a violência. São situações que geram frustração, angústia e o sentimento de impotência no profissional. Essas sensações se caracterizam pelo anseio de ajudar e não conseguir, geralmente devido à origem do problema que necessitaria, por exemplo, de um respaldo intersetorial mais efetivo ou da otimização das possibilidades de encaminhamento quando os profissionais ou serviços não são disponíveis nas UBSs.

Eu acho que o mais difícil é que tem coisas que não são, que não tão ao nosso alcance, e no fim a gente acaba levantando demanda né que a gente não tem resposta e acaba gerando até uma expectativa e isso pode acabar frustrando até o profissional de querer resolver tudo. Você conhece tão a fundo a pessoa, vai na casa dela, que você acaba conhecendo coisas que você não conheceria fora desse âmbito de PSF né. Jaqueline

[...] a gente também acaba identificando coisas que a gente não tem o que fazer né, não consegue fazer nada assim... não cabe a gente resolver e isso cria uma certa angústia, não porque não cabe à saúde, mas porque a gente também tem que respeitar as pessoas né. Cristina

Então a única coisa que dificulta mesmo é a sensação de impotência, já que essas questões que eu falei já no início são estruturais, são de ordem econômica, social e política, e se a gente não mexe nas políticas públicas a gente não consegue trabalhar de uma forma a contento como a gente queria. Mas isso não é por causa da comunidade, é por causa da estrutura. Marisa

o lado negativo é porque muitas vezes todo esse contexto que o indivíduo tá inserido você detecta o problema né e você não consegue achar um canal pra poder resolver, entendeu? O paciente fica... você fica angustiado porque você tenta resolver, mas até a página vinte você consegue, da vinte e um em

diante... você precisa de ajuda que muitas vezes você não consegue encontrar né, que são as referências... Marcelo

Então por essas famílias desestruturadas por essa violência toda a gente acaba tendo, às vezes, tipo “e agora, o que a gente vai fazer?”, porque não dá pra passar em consulta, não são problemas que dá pra resolver em consulta, que dá pra resolver com o psicólogo ou em uma outra especialidade. Mas pra onde a gente... vai chamar a polícia? Não, não dá. Então a gente fica, às vezes, amarrada. Rosana

[...] esses idosos eles ficavam trancados em casa né, ninguém sabia que eles existiam ou que ele tava sendo maltratado, não é nem maltratado é aquela coisa, tá largado, escondido. Por exemplo, crianças com deficiência mental elas não vinham pro posto, ninguém sabia que elas existiam e quando o PSF começou fazer as visitas ela começou a tirar tudo isso de dentro das caixinhas e as caixinhas foram destampando, destampando. Então a gente tem muita coisa que eu acho que o próprio bairro não sabia que tinha. Maria

[...] a gente conhece todo mundo daquele território, desde o obeso mórbido que nunca saía de casa porque não consegue subir a escada, até a síndrome do pânico, até o paciente suicida e, assim, pessoas que nunca teriam acesso a UBS, a gente nem ia saber que eles existem, eles estão aqui e a gente tem que lidar com isso, infelizmente e felizmente. Felizmente por que eles têm acesso, infelizmente porque, às vezes, a gente não tem respostas, não tem respostas porque não tem pra onde referenciar e às vezes não tem resposta porque não existe resposta. Luciana

E, por último, se por um lado os profissionais percebem e valorizam as pequenas conquistas obtidas ao longo do processo de trabalho, por outro, notam que as pessoas ainda não têm um entendimento sobre a prevenção, promoção e a saúde da família. Observam uma baixa resposta da comunidade aos incentivos, às propostas; persistência em não seguir as orientações, que pode estar relacionado à falta de entendimento e comunicação entre profissionais-usuários e profissionais-UBS internamente.

Eu acho que pra mim o que dificulta é a falta de entendimento, às vezes, e de entrosamento, porque o problema da comunicação ele é grande, às vezes, pelo número de pessoas do próprio posto. Então, isso é uma coisa que às vezes dificulta, porque a gente trabalha, e tem que trabalhar mesmo, de formas diferenciadas. Sofia

O que é ruim é que a resposta da comunidade né, da minha claro, ela é muito baixa, é uma comunidade que não corresponde à força de trabalho que a gente oferece no sentido de “vamos”, no sentido dos incentivos, tudo o que a gente propor não tá bom, tudo o que não sei o que lá não tá bom, e... respostas muito baixas em termos de orientações né, “olha faz isso, faz aquilo”, se volta dali um mês “e aí, fez?”, não fez... Laura

E o ruim pra mim é isso, tem coisas que a gente não consegue resolver, por mais que a gente queira e tem coisas que não mudam né. A gente tenta fazer uma intervenção, faz de tudo ali por aquela situação e você vai ver daqui um mês tá tudo igual, parece que não adiantou né, isso é muito ruim. Jaqueline

Agora o ponto negativo... [pausa] é como eles batem de frente com a gente né, isso é muito difícil, muito difícil, a gente não saber levar eles, isso é um ponto difícil. Às vezes tentar um vínculo meio que... resistente deles né contra a Estratégia da Saúde da Família, muitos não aceitam né. Tem bastante gente que aceita e apóia a gente. Então, eu acho que um pouco da resistência deles que é um ponto negativo, ir contra o projeto. Lúcia

Apontamento 8 - Formar para compreender a realidade humana e para os desafios inerentes aos processos de mudança

Da análise geral das falas nota-se que as principais dificuldades do trabalho em saúde junto às comunidades estão relacionados a: encontrar com a diversidade dos problemas cotidianos; lidar com as relações aí implicadas, sejam aquelas envolvidas entre o profissional e os usuários e a comunidade, ou aquelas relativas à dinâmica das próprias famílias; e, as resistências e baixas respostas observadas.

Essa situação faz com que, do mesmo modo que a vida em comunidade exige, muitas vezes, a necessidade de se resguardar para manter certa privacidade devido à ligação muito próxima entre vizinhos, também o trabalho em saúde baseado na construção de vínculo revele, por meio das falas, essa necessidade. Nesse caso porque o profissional se vê “invadido” na sua rotina de trabalho pela mistura entre relações pessoais e profissionais, de modo nem sempre positivo. Por outro lado, talvez, se ouvíssemos os moradores nessa questão, poderia ocorrer o mesmo, já que sua casa e sua vida são muito mais expostas ao profissional nesse modelo de atenção. Portanto, há a necessidade de conduzir com clareza e ao mesmo tempo sutileza o trabalho para que haja equilíbrio nas relações construídas, o que faz de toda relação nesse processo uma relação delicada⁵³.

As experiências dos profissionais nos confrontam com a necessidade de reconhecer os problemas presentes não só do cotidiano da comunidade, mas da vida das pessoas. Esse contexto traz à tona uma demanda maior de problemas e ao trabalho das

⁵³ Do período de observação durante o contato com o trabalho da equipe branca no Centro Comunitário, dois exemplos podem ser destacados para ilustrar essa situação. Um deles diz respeito às visitas domiciliares. A coordenadora da equipe lembra de uma senhora que depois de um incidente ficou meio resistente às visitas, porque em uma delas disse que ao entrar na casa percebeu “um cheiro estranho” e ficou preocupada pensando que poderia ser vazamento de gás. Então disse para a mulher: “Dona Fulana, mas que cheiro é esse?”. Depois disso, essa senhora comentou com uma ACS que não gostava das visitas, pois tinham falado mal do cheiro da casa dela. Outra situação que mostra a sutileza desse contato entre profissionais e usuários é percebida quando a coordenadora contava sobre um período em que a equipe teve um médico muito animado e sempre levava coisas diferentes para os grupos e, por isso, eles viviam cheios. Porém, quando fez uma palestra para falar de diabetes e mostrou imagens de pés com lesões já causadas pela doença, ela diz que muitos se afastaram do grupo, como se tivessem ficado chocados com as imagens que viram.

equipes. Assim, ao considerar esse “todo” tem-se uma noção não só da dimensão, mas especialmente da relevância do trabalho com a comunidade. Indicam como somos pouco preparados para lidar com a realidade da saúde, aquela saúde que envolve a condição de vida e a perspectiva do outro, que, para completar esse quadro, nem sempre parece estar muito interessado no que propomos...

Nesse sentido, somos exigidos de fato a repensar nossa prática ou fingir que há uma condição ideal ilusória de que uma atividade, uma orientação técnica, ou mesmo o oferecimento de um recurso, como o remédio, por si só seja eficiente, sem considerar os diferentes aspectos intervenientes no processo de saúde-doença. Percebe-se que ele é variado e contínuo, tem altos e baixos.

Para discutir esses dados foi preciso buscar suporte que me ajudasse a compreender essa situação e, ao mesmo tempo, possibilitasse vislumbrar algumas aberturas, mesmo que pequenas. De modo que os dados não desmotivem diante da complexidade de problemas relatados, bem como das situações de angústia, ansiedade e frustração a que os profissionais estão submetidos, mas nos ensinem a ver melhor o trabalho em saúde com a comunidade.

Cunha (2007) contribui nesse sentido ao analisar o nível de atenção em que a ESF se desenvolve – a atenção básica – por meio de uma comparação entre o modelo hospitalar – atenção terciária – identificando diferenças entre eles e as consequências para o trabalho devido à formação que prioriza o primeiro. O autor observa que apesar do tipo de preparação e trabalho exigidos serem diferentes em cada situação, prevalece a formação do profissional na lógica do hospital. Entre as principais diferenças estão: o tempo das relações terapêuticas; as relações de poder; os tipos de saberes; a forma como o imaginário social vê o hospital e a atenção básica; e, como os pacientes percebem os danos causados em cada um.

Na atenção básica, como há a atribuição de uma população específica para cada equipe, necessariamente ocorre maior aproximação entre as pessoas e a questão do vínculo, de fato, está mais presente. Diferente do hospital, nela “não existe um encontro eventual com o doente em situação de isolamento, mas encontros seguidos no tempo, em situações de concorrência da intervenção terapêutica com as ‘intervenções’ da vida” (CUNHA, 2007, p. 26). Assim, já haveria uma discordância entre a formação que enfatiza o trabalho em saúde por meio de procedimentos e prescrições com referência apenas a cada doença. Diferença percebida por uma estagiária do último ano de Terapia Ocupacional com a qual convivi no período de observação. Em um encontro no trajeto de ônibus para a COHAB, conversamos sobre nossas experiências. Ela relata que está achando bem interessante o trabalho na UBS e a

aproximação com a realidade de vida das pessoas, parte que considera “bem difícil”, especialmente nas visitas domiciliares. Disse: *“a gente vê coisas que nem imagina que existem, é muito difícil, às vezes, nem consigo dormir a noite”*. Considera que tudo o que estava vivendo na ESF era muito diferente do que tinha visto em todo período anterior da graduação.

A questão das relações pode ser percebida na menor autonomia que a pessoa tem no hospital, no sentido de que o tratamento é seguido à risca, por exemplo, com o monitoramento e administração dos remédios pelos enfermeiros ou o tipo de alimentação. No hospital ela vem pronta, de acordo com a dieta prescrita, nos horários fixos. Em casa, a pessoa está sujeita a esquecer ou achar que não precisa mais tomar o remédio; ter ou não condições de comprar um alimento indicado, os horários podem ser alterados de acordo com a movimentação do dia, há maior “liberdade” para optar entre “o que é preciso” e o que se gosta.

Já na atenção básica a participação do sujeito se enquadra nesse âmbito e a tomada de decisão em seguir ou não uma orientação/prescrição é muito maior, pois ele não está isolado e não é monitorado continuamente. O sujeito depende muito mais dele mesmo, assim, o poder possível de ser exercido pelo médico e outros profissionais diminui (CUNHA, 2007). Nas palavras de Campos (2003, p. 42) na atenção básica

[...] o sujeito tem espaço para exercer sua autonomia, a vida tem espaço para exercer sua influência. Um transtorno “emocional” produz ou agrava uma doença, assim como a doença produz ou agrava ou mesmo “resolve” um transtorno emocional. O trabalho, a família, a cultura, a violência social – tudo isso afeta o Sujeito doente e seu tratamento.

Com base nas entrevistas, eu diria que afetam também os profissionais, pois ao trabalhar com as famílias, a comunidade, necessariamente há também relação com seus valores, sua cultura, seu modo de ser. Daí surge o conflito quando o profissional vai aplicar um saber ou uma técnica preparada para uma situação “controlada” ou teoricamente, padronizada, e se depara com outra realidade e com sujeitos que interagem, não compreendem, discordam, questionam, hostilizam ou modificam o que é proposto. Esta é uma situação que nos ajuda a compreender resistências às mudanças e/ou a baixa resposta da comunidade percebida pelos profissionais. Uma vez que de volta para o seu meio ocorrem as interações da vida, outros fatores se farão presentes e podem levar a adaptar, aderir ou não a uma orientação. As frustrações e angústias dos profissionais vêm, portanto, não só da quantidade de problemas identificados no contexto de vida, mas também da imprevisibilidade e da ausência de controle sobre as situações em que atuam.

Nesse caso, Cunha (2005) compara o atendimento hospitalar com o estudo dos efeitos de um fármaco em tubo de ensaio para demonstrar que há um controle maior em relação às variáveis envolvidas e os resultados previstos, onde os fundamentos da biomedicina se adequam perfeitamente. Porém, ao sair desse ambiente controlado outras tantas variáveis vão intervir nos resultados e, portanto, podem alterá-lo. A sensação de conquista e eficiência não está mais garantida. Disso decorre que a ansiedade e a frustração dos profissionais são maiores diante da convivência com o contexto da comunidade, da família. O autor lembra a importância da formação, pois os profissionais são preparados para operar predominantemente com a lógica da biomedicina e terão, assim, dificuldades para compreender o contexto da atenção básica.

Nesse sentido, podem surgir, por exemplo, as dificuldades em relação ao vínculo, já que a lógica biomédica de formação da saúde prepara para um tipo de relação eventual com o paciente, em que o “diálogo” é verticalizado, diferente da proposta da ESF, em que os encontros são longitudinais e busca-se estabelecer um diálogo mais horizontal entre usuários e profissionais, ao mesmo tempo em que se lida com uma diversidade maior de problemas.

Ao aproximar essa perspectiva da Educação Física, teremos um quadro semelhante, com a particularidade de que sua experiência de atuação na atenção básica é recente, se pensarmos na inserção formal no serviço público de atenção básica à saúde. São vários os autores que reconhecem a tendência da formação na Educação Física que prioriza o saber e o fazer do profissional fundamentados nas Ciências Naturais e em uma perspectiva biologicista da saúde (CARVALHO, 2006; FENSTERSEIFER, 2006; FRAGA, 2006). Nesse sentido, é que chamo a atenção para o reconhecimento da experiência trazida nos relatos, e para os apontamentos percebidos a partir delas, de modo que elas contribuam para a construção de um caminho que amplie também o modo como a Educação Física compreende a saúde junto à realidade da atenção básica.

Sobre as dificuldades relatadas pelos profissionais da diversidade e do excesso de demandas, Campos (2003, p. 71) esclarece que “sempre haverá recursos insuficientes em saúde, a demanda tende a ser infinita, a maioria não quer morrer ou se quer sofrer, e a medicina e o SUS prometem cuidado e atenção”. Explica que as divergências aumentam porque a saúde é um direito constitucional, porém, segundo o autor, uma parte dele é mais fácil de ser reconhecida, outra parte não é tão clara e, muitas vezes, só se reconhece a conquista do direito à saúde quando se obtém um exame de maior complexidade, um medicamento. Porém, Campos (2003) considera que entre o que se espera como ideal e aquilo que é possível realizar há várias possibilidades de intervenção, de construção de projetos que

tragam algum efeito terapêutico. Além disso, o trabalho da equipe e a aproximação com as pessoas tendem a propiciar maior aceitação e entendimento sobre as práticas de saúde da atenção básica com o decorrer do trabalho.

Formas de minimizar as dificuldades do trabalho em relação à quantidade de demanda e falta de recurso são sugeridas pelo autor, com base no método Paidéia, lembrando que também é preciso reconhecer os limites das equipes. São sugestões:

Envolver os pacientes, famílias e comunidades na produção de sua saúde. Estimular o autocuidado, valer-se da educação em saúde para aumentar a capacidade de as pessoas serem terapeutas de si mesmas. Considerar cada grupo como agentes de saúde da família e de sua comunidade. Partilhar conhecimentos de saúde com pacientes e grupos, estimulando posturas saudáveis. Descobrir dentro da própria comunidade pessoas ou grupos de cuidadores que ajudem a equipe no cuidado de casos complexos: voluntários que apoiem idosos, vizinhas que ajudem mães sobrecarregadas, etc... (CAMPOS, 2003, p. 72).

Sobre os problemas do contexto sociocultural, o caminho é propiciar projetos de intervenção sobre o território ou com instituições específicas, como escolas, creches, centros comunitários... São orientações que nos remetem novamente ao conceito de comunidade.

Em relação ao vínculo, apesar de ser citado como aspecto que, às vezes, dificulta o trabalho, ele é considerado primordial para favorecer esses métodos de educação em saúde. Pois, de acordo com Campos (2003), para seguir em frente e tomar certas atitudes a pessoa precisa se sentir apoiada e que sistemas burocráticos e impessoais tendem a tornar as pessoas mais dependentes deles, ao invés de favorecer a autonomia.

Nesse sentido, entra em questão outro aspecto identificado como complicador na fala dos profissionais: a falta de entendimento entre as partes. Isso é relevante porque, de acordo com Cunha (2007), para lidar com os tipos de problemas de saúde que uma equipe encontra na área sob sua responsabilidade, necessariamente é preciso existir a participação e compreensão das pessoas, sem o que se perderia muito da efetividade das intervenções. Para tanto, “a capacidade de diálogo é realmente essencial – o que implica disposição (e técnica) para escuta, em aceitação do outro e de seus saberes”. (2007, p. 26). Assim, o vínculo está implícito no trabalho e o desafio está em conseguir explorar seu aspecto positivo, como visto no item anterior, e minimizar as divergências que possam surgir dele.

Campos (2003) e Cunha (2007) trouxeram elementos que permitiram situar as dificuldades relatadas pelos profissionais no contexto da saúde, assim como indicativos de como lidar com elas. Também nessas referências há destaque para a dinâmica das relações entre as pessoas e nas propostas aparece com força a questão educacional. De tal modo, foi

preciso dar continuidade a essa discussão e trazer outros indicativos sobre as dificuldades nesses âmbitos e discutir outros exemplos trazidos nos relatos dos profissionais.

Para tanto, apoio-me agora em Kurt Lewin, autor que me chamou a atenção na elaboração da revisão de literatura. O primeiro contato ocorreu por meio da leitura do trabalho desenvolvido por Oliveira (2006), em que o autor conduz a discussão de uma questão relevante do seu estudo – como saber se de fato a participação em cooperativas pode construir solidariedade – com esse referencial. Nesse momento recorro diretamente a ele, no texto “Conduta, conhecimento e aceitação de novos valores”⁵⁴.

Nesse trabalho Kurt Lewin (2001) discute o processo *reeducativo* destacando, de modo particular, aspectos que ajudam a compreender tanto o que traz impedimentos para que ele aconteça como o que pode favorecê-lo. De acordo com o autor, a *reeducação* “é um processo em que as mudanças de conhecimentos e crenças, mudanças de valores e padrões, mudanças de valores e necessidades emocionais e mudanças da conduta cotidiana não ocorrem aos poucos, e independente umas das outras, mas dentro do quadro da vida total do indivíduo no grupo” (p. 199).

Nesse sentido é possível compreender a observação de Cunha (2007) sobre a dificuldade de os profissionais compreenderem a lógica da atenção básica uma vez que são formados com um referencial que pouco a contempla. O modo de agir e de pensar sobre saúde é orientado por valores e um ambiente distinto da realidade da atenção básica. Assim, além de novas técnicas e estratégias, seria necessário coligar também os novos valores e padrões desse trabalho.

Do mesmo modo, podemos pensar nessa lógica quando é o usuário que precisa realizar mudanças em função de novos padrões e comportamentos indicados por causa de uma doença ou mesmo para a prevenção. É possível entender a dificuldade observada na resistência em seguir uma orientação, em participar de grupos terapêuticos, em adquirir outros hábitos, pois, apesar de supostamente remeterem a melhoria na condição de saúde, pressupõe mudança de padrões de vida e também de valores que podem não fazer parte do “quadro de vida” da pessoa. A mudança não acontece facilmente a partir de uma informação, seja para mudar a dieta de um diabético seja tonar-se fisicamente ativo para um obeso ou hipertenso. O dilema vivido por Luciana e sua paciente nos coloca em contato com essa situação:

O fogão cheio de pão da D. Raimunda transcende a minha capacidade. A minha tristeza é que eu sei que ela pode ter outro AVC e ela é uma pessoa

⁵⁴ LEWIN, K. Conduta, conhecimento e aceitação de novos valores. In: OLIVEIRA, P. S. *O lúdico na cultura solidária*. Texto da obra de referência: LEWIN, K. *Problemas de dinâmica de grupo*. 3. ed. São Paulo: Cultrix, 1978, p. 72-84.

superativa e isso vai interferir muito no prazer de viver dela. Mas como é que eu tiro o prazer de viver dela que só sabe cozinhar? Porque o prazer da vida dela é cozinhar. É um dilema, é um dilema grande porque eu quero que ela tenha prazer de viver “AVC-zada” e ela não vai ter prazer de viver sem cozinhar, ela não vai ter prazer. A minha vontade é fechar o olho e não olhar mais [...].

Maria também nos oferece outro relato marcante no qual uma paciente da equipe com um câncer em estágio avançado se recusou a fazer o tratamento indicado, o contato com os especialistas, tendo como base sua crença religiosa. Ela conta:

[...] a gente não conseguiu convencer a paciente a tratar porque a religião dela era Evangélica e Deus... A gente chegou e foi conversar com o pastor dela, a gente foi conversar com os irmãos de igreja. Mas não era a igreja, era a crença dela, não era o pastar que dizia pra ela que Deus cura, o pastor dizia “Deus cura, mas você também tem que fazer”. Mas ela dizia não, “o meu Deus vai me curar”. Não era a igreja, percebe? [...] E a gente não tinha pernas, a gente não tinha como resolver porque era a crença dela e eu não posso mudar a crença dela [...] “se Deus não quer que eu me cure é porque eu tenho que passar por isso”, ponto. É difícil, e ela sofreu muito.

Não estamos diante, portanto, de um processo simples. Para lidar com ele, Lewin (2001) pode contribuir com alguns pontos. Por exemplo, situações de maior informalidade são mais positivas do que treinamentos rígidos e controlados para modificar hábitos. Ademais, o autor afirma que referenciar a mudança com suporte apenas em si mesmo é um caminho difícil, pois é com base em algo maior “supra-individual”, como a cultura de um grupo, que o indivíduo terá condições de equilibrar suas novas crenças. Seria o suporte do grupo elemento relevante para lidar melhor com as interferências as quais somos sujeitos, como os estados de ânimo no dia a dia, diferente do que é empregado, quando a solução mais simples parece estar na imposição direta de novo conjunto de valores e crenças. No entanto, de acordo com Lewin (2001), essa situação pode representar para a pessoa o mesmo que, na ilustração do autor, apresentar “um novo deus que tem que lutar contra o antigo”. Então, o processo de *reeducação* enfrenta dilemas quando há a introdução de um novo conjunto de valores: “a lealdade para com os antigos valores e hostilidade para com os novos”.

Essas condições nos ajudam a compreender a dificuldade da D. Raimunda em seguir a nova dieta introduzida em sua vida quando se tornou diabética; ou o conflito em aceitar o poder da ciência em oposição ao poder e a vontade de Deus para amenizar o sofrimento e trazer cura para uma doença, como foi para a paciente da Maria; ou os relatos de resistência e embate com os profissionais em relação ao modelo da ESF em oposição ao da medicina tradicional, já incorporado pela população, como: a não aceitação da consulta do enfermeiro, e não mais só a do médico, e a dificuldade de participação em ações contínuas de

cuidado e não mais no pronto atendimento. Nas observações no Centro Comunitário, outro exemplo pode ser notado: quando a equipe discute na reunião as eleições para o Conselho Gestor, ao mesmo tempo em que se destaca a importância da participação dos moradores para a tomada de decisão das ações não só da UBS, mas também para acolher diferentes reivindicações da comunidade, as ACSs comentam que muitos usuários “*só sabem reclamar do posto*” ao invés de se candidatarem para o conselho e, assim, poder fazer alguma coisa para mudar uma situação que não concordam, por exemplo. O que mostra tanto uma hostilidade em relação ao serviço como uma dificuldade em se apropriar de dispositivos que possibilitariam um maior “controle” sobre o que se espera do serviço de saúde.

Essas são situações que remetem novamente a Lewin (2001) quando explica que o processo *reeducativo* encontrará normalmente hostilidade, acompanhada de um paradoxo ao considerar a relação entre a aceitação de novos valores e a liberdade de escolha. Para enfrentar esse dilema, o autor aponta como um dos meios mais potentes o estabelecimento de um “grupo solidário” do qual as pessoas tenham consciência de pertencimento.

O autor observa que as oportunidades de *reeducação* aumentam quando há um forte sentimento de grupo, ocorrendo o contrário quando as pessoas sentem-se “agredidas” ou à margem das relações dele. “A distância normal entre professor e aluno, médico e paciente, assistente social e público pode, portanto, estimular um obstáculo real à aceitação da conduta postulada” (LEWIN, 2001, p. 207). Apesar dessa distância, é importante que em questões específicas também os profissionais percebam-se como parte de um mesmo grupo, pois o sentimento “de que estamos todos no mesmo barco, passamos as mesmas dificuldades e falamos a mesma língua” (p. 207) favorece a liberdade para que as pessoas manifestem e se posicionem em relação às novas situações e valores. Assim, o autor afirma que a solidariedade grupal seria uma base forte para possibilitar que fatos e questões antes recusados sejam aceitos pelos membros do grupo à medida que ela promove que esses fatos e questões passem a dizer respeito a eles próprios e sejam reconhecidos como seus.

Olhar as dificuldades do trabalho em saúde e comunidade a partir da perspectiva da *reeducação* de Kurt Lewin pode nos mostrar que elas não estão somente nos outros, estão em nós mesmos, e nos fazem reconhecer a complexidade de se implementar mudanças. Elas ampliam a compreensão sobre a dificuldade de participação (seja nos grupos ou na aderência às orientações) e da lógica menos medicalizada da ESF, que angustia os profissionais. Assim, a explicação não pode estar pautada apenas na questão da comodidade, da falta de iniciativa dos usuários, da demanda por procedimentos médicos, pois esse é o “deus” que aprendemos a valorizar. Se o desejo é aproximar serviço de saúde e comunidade, orientar sobre cuidados

com a saúde, ambiente, relacionamentos familiares, é fundamental reconhecer que o processo envolvido em aceitar e fazer mudanças é profundo e não decorre imediatamente do contato com o conhecimento “ofertado pelo profissional”.

6 A COMUNIDADE COHAB RAPOSO TAVARES - FASE II

Quem escreve sobre a sociedade sem querer perder de vista
as relações sociais e seus paradoxos não pode construir
casamatas, mas cabanas, barracas e choças. Moradas feitas
de grandes espaços abertos [...].
Roberto da Matta

O interesse pelo tema da comunidade fez com que eu trilhasse um caminho que permitiu construir, com um primeiro passo, uma base na qual ela pudesse ser compreendida conceitualmente e nas suas relações com a vida cotidiana; a partir dela foi possível seguir em frente e preparar a aproximação com uma perspectiva mais prática entre comunidade e trabalho em saúde, com o referencial de trabalhadores que vivem essa experiência. Dessa junção, conceitual e prática, foi dado o terceiro passo, que me levou até uma comunidade específica, de modo que agora poderei escrever sobre a comunidade a partir da experiência que tive junto a ela. Nesse último passo, me propus a ter esse encontro com o intuito de estreitar o olhar sobre a comunidade e as práticas corporais a partir das relações estabelecidas entre seus moradores.

Como explicitado na metodologia, os critérios que me levaram até a comunidade observada estiveram pautados na discussão conceitual sobre a comunidade e direcionados pelos dados das entrevistas da Fase I. Entre os 22 relatos que me possibilitaram saber um pouco sobre o trabalho das equipes de ESF e das comunidades por elas atendidas, foi na comunidade COHAB Raposo Tavares que obtive maior aproximação com os elementos conceituais, contando também com a referência de um Centro Comunitário ativo no qual a pesquisa pode ser desenvolvida.

6.1 Aproximação com a comunidade

Com a clareza de que em qualquer aproximação com a comunidade eu representaria o “Eles”, procurei fazer com que esse processo fosse amenizado procurando ser paciente em relação ao tempo necessário e conduzindo-o com a ajuda dos profissionais de saúde da equipe branca que, de certo modo, já faziam parte do cotidiano do Centro

Comunitário: incluíam moradores do bairro na equipe e nesse sentido tinham um vínculo formado com a comunidade, já não se situavam naquela esfera do “Eles” em que receio e desconfiança pudessem estar presentes. Assim, após o período da qualificação, retomei inicialmente os contatos com a Julia, coordenadora da equipe branca, e fiz nova visita à UBS para solicitar apoio para dar início a aproximação com o Centro Comunitário.

A partir desse contato, o período que antecedeu a entrada em campo foi particularmente mais tenso, especialmente por ficar sabendo que não havia uma “tradição” no Centro Comunitário no sentido de ter uma abertura para receber pesquisadores, até mesmo daqueles vinculados à própria UBS. Foi sugerido redefinir o espaço da pesquisa para uma comunidade de outra equipe ou, ficando de modo subentendido, que seria mais viável realizar as observações apenas das atividades oferecidas pela UBS do que das atividades do próprio Centro Comunitário.

As considerações de Bosi (2000, 2004) e Oliveira (1999) foram importantes no sentido de reconhecer nessa aproximação um processo que não dependia apenas de um contato ou uma autorização pontual ou “burocrática” para iniciar o trabalho, mas de um processo cuidadoso em que a presença gradual e os contatos mais gerais pudessem contribuir para que identificasse o momento “maduro” para apresentar a proposição da pesquisa e também estar aberta para ouvir a contrapartida daqueles que fariam parte da pesquisa.

Propus-me a continuar e mudar de local apenas se não houvesse aceitação dos responsáveis pelo Centro Comunitário da COHAB. A coordenadora se dispôs a ajudar e combinamos a primeira visita para acompanhar uma atividade da sua equipe. Como era a primeira ida a COHAB, a coordenadora sugeriu que seria melhor eu sair da UBS com a van (utilitário) que levava as profissionais até o Centro Comunitário ao invés de ir sozinha. A expectativa de iniciar a pesquisa e a apreensão em não me atrasar fizeram com chegasse cedo na Unidade. O encontro estava marcado às 8h45, mas cheguei com um pouco mais de meia hora de antecedência, sentei-me no banco da sala de espera para aguardar a Julia. Depois de vinte minutos ela saiu da sala de acolhimento e passou pela sala de espera. Dirigi-me a ela e na sequência me conduziu até a cozinha/refeitório da UBS onde Laís, enfermeira estagiária que iria acompanhar o grupo nesse dia, ao invés da Julia, estava aguardando o horário.

Julia disse que o motorista já tinha chegado, mas que ainda era cedo para ir. Conversamos sobre o horário de saída, eu aguardaria na sala de espera da UBS, na hora da saída a Laís me chamaria. Voltei à sala e aguardei aliviada por ter conseguido falar com elas e perceber que “as coisas dariam certo”. No entanto, os minutos foram se passando e às 8h45 fiquei preocupada. Resolvi voltar ao refeitório para ver se a Laís ainda estava lá, e não havia

mais ninguém. Voltei para a sala de espera para tentar fazer outro contato com a Julia. Minutos depois ela apareceu, pediu para que eu esperasse no portão da UBS, explicou que a estagiária se esqueceu de me chamar, mas disse que o motorista estava voltando para me buscar, e se desculpou. O alívio foi restabelecido.

Esse desencontro momentâneo foi interessante porque pude conversar com o motorista e me orientar sobre os ônibus que vão direto para a COHAB, pois já sabia que a pé o caminho não era viável. Também possibilitou o primeiro contato com Clélia, ACS e moradora da COHAB que foi muito importante nesse período de aproximação. Ela foi designada para receber a pesquisadora e me aguardava com um sorriso no portão do Centro Comunitário. Ao descer da van já perguntou de modo muito receptivo: *“é você que vem ver a atividade?”*. Respondo: *“sim, sou eu”*, e brinco: *“quase que não venho, me esqueceram lá”*. Ela passa o braço sobre o meu ombro e diz: *“que isso, aqui ninguém é esquecido!”*.

Neste dia participei apenas do grupo de Hipertensão e Diabetes e no final do encontro Laís, estagiária da Enfermagem, foi até o fundo da sala e sentou-se ao meu lado para explicar sobre o que eles faziam nesse grupo. A partir da sua conversa foi possível começar a reverter um pouco aquela sensação de que seria difícil fazer as observações na comunidade, pois também conversamos sobre minha pesquisa. Imediatamente ela se remeteu ao grupo “Corporal” e “Capoeira”, coordenado pela terapeuta ocupacional da UBS, cujas atividades eram oferecidas na Escola Técnica Estadual (ETEC). Também sugeri que eu conversasse com Clélia, ACS que me recebeu, disse que ela era engajada na temática dos jovens, principalmente por meio da escola. Além disso, já estava na lousa o dia do próximo grupo e ela me convidou também para o encontro em que haveria um café da manhã.

Terminado o atendimento nos dirigimos ao portão de saída e ficamos na calçada aguardando a van que nos levaria de volta à UBS e deixaria as ACSs perto de suas casas. Houve um atraso do motorista, incidente que novamente foi bem vindo para mim. Enquanto aguardávamos sua chegada pude me aproximar um pouco mais da equipe, explicar quem era, qual era meu objetivo ali e entrar um pouco na conversa que foi estabelecida pela própria situação do atraso. Pude também conversar com Clélia. Disse que Laís tinha comentado que ela era envolvida com as atividades com jovens, com a escola. Ela confirmou suas ações e já comentou o que estava fazendo no momento. Disse que estava marcando uma reunião no Centro Comunitário com professores, jovens, pessoas da comunidade e da UBS para discutir quais eram as principais necessidades e desejos dos jovens para depois pensar no que fazer e me fez um convite para participar. Deu dia e horário e também disponibilizou seu número de telefone celular para entrar em contato caso precisasse. Ela foi muito gentil e atenciosa, além

disso, perguntou o que mais eu precisaria ver e comentou que faria uma visita domiciliar na segunda-feira, abrindo também a possibilidade de eu participar. Demonstrei meu interesse, mas no caso da visita considerei que poderei ser algo muito invasivo nesse momento e também pensei que seria preciso conversar com a coordenadora para saber se eu poderia acompanhá-las. Sobre a reunião considerei que esse seria um momento importante de observação e aproximação com a comunidade.

Esses acontecimentos recobram meu entusiasmo. Se por um lado percebi a dificuldade em realizar a observação somente no espaço do Centro Comunitário, por outro percebi que alguns fios começarem a aparecer, assim como o movimento “dentro” da comunidade que necessariamente também me levaria para além do Centro Comunitário. Sinto que, aos poucos, o caminho começava a se abrir.

Outra situação proporcionada pelo atraso foi a vista do parque, construído há pouco tempo, citado por duas coordenadoras nas entrevistas. Percebi que ao fundo do Centro Comunitário de vez em quando passava uma pessoa correndo, subindo ou descendo, mas não dava para perceber muito bem de que espaço se tratava, se era calçada, um caminho... Então perguntei: “*O que é ali atrás?*”. Clélia e uma outra ACS responderam que ali era o parque que tinha sido construído.

O próximo passo foi dado quando em outra visita ao Centro Comunitário Clélia me apresentou para Regina, que morava em um dos cômodos do Centro Comunitário com sua família. Disse que ela poderia explicar quais são as atividades que aconteciam ali e já me orientar se elas poderiam ser observadas ou não. Regina disse que a única prática corporal oferecida era o Judô e que, no momento da pesquisa, acontecia de segunda e quarta-feira em horários na parte da manhã e da tarde. Além disso, havia a turma de Origami e as reuniões da Terceira Idade.

Aos poucos, esses contatos e as idas ao Centro Comunitário com a equipe da UBS foram consolidando o momento para conversar com a Clara, secretária e pessoa que cuida da organização do Centro. Também foi Clélia quem fez essa aproximação que, depois da atividade do café da manhã, se ofereceu para me apresentar para Clara. Apesar da ansiedade, percebi um olhar e uma escuta amistosa enquanto me apresentava e expunha a intenção da pesquisa para solicitar sua autorização para frequentar as atividades oferecidas. Do mesmo modo, me explicou um pouco sobre cada atividade, para quem eram destinadas e passou os horários em que elas aconteciam para que eu pudesse fazer os novos contatos e solicitar a autorização de cada pessoa responsável pelos grupos. Assim, na terça-feira de manhã conheci Sônia, uma senhora voluntária que trabalhava com Origami e outras atividades educacionais e

artísticas com crianças; na quarta-feira Gilmar, professor vinculado ao Instituto Aurélio Miguel responsável pelas turmas de Judô; também na quarta-feira conheci Angelina, moradora da comunidade que trabalhava com o grupo da Terceira Idade. Para os grupos de práticas corporais que aconteciam na ETEC, o contato foi realizado via UBS, e a aproximação realizada na sexta-feira junto à Letícia e à Cris, terapeutas ocupacionais que coordenavam os grupos. Essas foram as atividades observadas de modo sistematizado no Centro Comunitário e na ETEC, devido à transferência dos grupos que originalmente eram realizados no centro.

6.1.1 A COHAB e o Centro Comunitário Raposo Tavares

O Centro Comunitário pesquisado está situado no bairro COHAB Raposo Tavares (Figura 1) no Distrito Butantã da cidade de São Paulo. Trata-se de uma área relativamente pequena e que, ao olhar o mapa, chama a atenção sua delimitação geográfica, ainda que esse não tenha sido um critério de seleção da comunidade a ser estudada. É formada por duas “faixas” paralelas em que uma, mais estreita, é constituída por prédios (à esquerda) e outra por casas (à direita). Entre elas passa a rua principal do bairro, Cachoeira dos Arrepêditos, onde estão localizados os pequenos comércios. Essas moradias são circundadas por áreas de vegetação, que deixam clara sua formação, e o acesso se dá pela rodovia Raposo Tavares, diferente de outros locais em que as áreas construídas estão muito próximas e misturam as delimitações dos bairros.

Figura 1 - Delimitação do bairro COHAB Raposo Tavares e localização do Centro Comunitário Raposo Tavares.
Fonte: Google maps.

O primeiro contato com a comunidade foi a visita ao Centro Comunitário que, devido à proximidade das instituições permitiu que eu observasse uma parte do parque, a Escola Municipal de Ensino Fundamental “Maria Alice Borges Ghion”, a Escola Municipal de Ensino Infantil “Benedito Castrucci” e também a Escola Técnica Estadual “Raposo Tavares” (ETEC). Espaços que pude conhecer melhor depois: de modo pontual na participação em uma reunião na escola, nas observações eventuais no parque e de modo sistemático na ETEC, devido aos grupos de práticas corporais.

Depois, com o decorrer da pesquisa, outros espaços foram identificados. Nas conversas com a turma do Judô e do Origami fiquei sabendo mais sobre a quadra que há na COHAB, que faz parte do “projeto do centro cultural”; com a coordenadora do grupo da Terceira Idade soube da existência de uma pequena praça no ponto final dos ônibus; com as ACS outros equipamentos educacionais do bairro.

Os equipamentos da comunidade estão no seu entorno, todos próximos. Tomando o Centro Comunitário como referência a escola de ensino fundamental está a sua frente, o parque à direita e ao fundo, a igreja do lado esquerdo e seguindo a calçada em direção à igreja chega-se a ETEC. Há também, logo na entrada na rua de acesso à COHAB, uma igreja evangélica.

Já o “centro cultural” trata-se de um projeto, citado por várias pessoas, e que é esclarecido pela secretária. Ela confirma que o espaço da quadra e o terreno vazio que tem ao lado fazem parte da intenção de construir um “centro cultural”. Os moradores gostariam que houvesse no local biblioteca, sala de jogos e outras atividades. Para concretizar esse projeto estavam tentando conseguir verbas, inclusive com a organização de um abaixo assinado entre os moradores da COHAB, mas, até aquele momento, só havia a quadra. Disse que era uma moradora específica que coordenava o projeto do “centro cultural”, no sentido de que era ela quem corria atrás das coisas para continuarem lutando para levar o projeto adiante: *“lutam pela parte de lazer”*.

Outro espaço importante e que tem marcas na história da comunidade é o parque. Espaço já citado nas entrevistas com as coordenadoras das equipes de ESF que atuam na área, depois nas falas de Angelina e, de modo particular, quando pude perguntar especificamente sobre ele na conversa que tive com a secretária e também em ata⁵⁵ de reunião realizada entre moradores e demais instituições envolvidas com o projeto. Perguntei se ele também foi reivindicação da comunidade. Clara contou que quando a prefeitura fez a desapropriação da favela o projeto do parque já era previsto. Uma construtora ganhou a licitação para fazer o parque e, de acordo com a ata da referida reunião, houve participação, além da subprefeitura do Butantã, de vários moradores da comunidade e de instituições como a UBS, supervisor da Secretaria Municipal de Meio Ambiente, participação de estudantes de arquitetura da USP, entre outros, para discutir o projeto do parque. No momento da construção, o espaço do Centro Comunitário foi usado para guardar máquinas e puxar ponto de energia. A secretária disse que ficaram ali por dois anos e que não teve problema nenhum. Em troca eles pagavam as contas de água do Centro Comunitário e nesse período ajudaram em outras coisas, como consertar o portão grande do estacionamento e refazer o muro que tinha sido danificado.

A partir do tema do parque, entramos na história da desapropriação do morro. Ela contou que a demolição aconteceu em 20 de março de 2008 e que nunca mais vai esquecer: *“foi muito triste, muito forte, veio de tudo: bombeiro, polícia civil, militar, defesa civil, tudo o que você puder imaginar apareceu aqui”*. Contou que com máquinas passaram por cima de tudo, derrubaram as casas, não havia diferença entre nada. Das pessoas que moravam ali, apenas cinco famílias não fizeram acordo com a prefeitura. Recordou que no dia foi um desespero porque já tinham ameaçado várias vezes que viriam derrubar, mas ia passando o

⁵⁵Ata da reunião realizada em 7 de maio de 2008. Disponível em: <<http://parquecohab.wordpress.com/2008/05/07/lancamento-do-parque-da-co>>. Acesso em: 14 de novembro de 2011.

tempo e as pessoas achavam que não ia acontecer, então no dia foi aquele desespero. Algumas famílias entraram na proposta da COHAB e hoje moram nos predinhos, mas muitos foram para outros lugares.

Explicou também que quando ocorreu a ocupação do morro fizeram uma abertura que não existia, se referindo à parte mais larga, ainda com áreas de terra, por onde passam os ônibus, *“aquilo não existia, nesse espaço construíram muitos barzinhos”*.

Sobre as diferenças entre os prédios e as casas, Clara diz que eles foram construídos ao mesmo tempo e nesse período aconteceu o acidente na favela do Morumbi. Luiza Erundina, prefeita na época, cedeu a última rua para as pessoas que perderam as casas lá, mas sem estrutura, só os terrenos. Lembra de um caso que recebeu destaque na mídia, uma senhora que perdeu cinco pessoas da família no acidente, ela diz que esta senhora mora na COHAB até hoje. Os prédios foram entregues em 1989.

Em relação ao Centro Comunitário também fui conhecendo seus detalhes aos poucos e, depois, soube das outras representações que seus espaços tiveram devido ao contato que fui tendo com suas histórias. O portão de entrada é simples, pequeno. O corredor cimentado leva do lado direito às salas utilizadas para aulas, grupos e reuniões. No total são quatro e na parte final há uma outra na qual mora uma família. No primeiro contato, chamaram a atenção nessas salas as paredes de ferro, apenas algumas partes são de alvenaria. O telhado é de amianto, a fiação elétrica aparente, o chão de cimento e as divisórias de uma sala para outra variam entre ferro e madeira. No período de observação tive a oportunidade de acompanhar atividades que aconteceram em todas elas. A primeira é mais voltada para as atividades artesanais: há máquinas de costura, mesas grandes, guarda-roupas e armários em que são guardados diferentes tipos de materiais, como retalhos de tecido e confecções já feitas pelos grupos. As outras salas estão mais preparadas para aulas e reuniões: há cadeiras de estudo, lousas, estantes com livros, cartazes com letras do alfabeto, nome de alunos, mapas, enfeites produzidos pelos alunos do MOVA (Movimento de Alfabetização de Jovens e Adultos). Elas também são como depósitos, guardam outros tipos de móveis de doação, como berço e cadeiras de banho. Faz divisa com o lado direito das salas a construção do salão da igreja. Do lado esquerdo há outra construção, essa toda de alvenaria que é composta por um salão, uma pequena cozinha, dois banheiros e a secretaria. Ainda do lado esquerdo, na parte externa do Centro Comunitário, há um terreno grande de terra com pedrinhas, algumas estruturas de ferro para barracas e palco.

No que se refere à história do Centro Comunitário, os dados que apresento aqui são resultado das informações daqueles que fazem parte da sua história e que foram se

complementando, algumas de modo imprevisto, outras com questionamento mais direcionados, que incluem as conversas durante as observações, especialmente no grupo da Terceira Idade, com moradores e pessoas responsáveis por atividades, como a Angelina coordenadora da Terceira Idade, e a Ivone coordenadora do MOVA, até um momento específico para tratar desse tema quando conversei com Clara que é administradora/secretaria do Centro Comunitário. Inclui também as entrevistas da primeira fase da pesquisa com as coordenadoras das equipes branca e vermelha que desenvolviam atividades no Centro Comunitário.

As primeiras informações sobre o Centro Comunitário Raposo Tavares vieram das entrevistas da Julia e da Beatriz. Por meio delas soube que ele abrigava grupos das equipes branca e vermelha da UBS Jardim Boa Vista e oferecia outras atividades, além daquelas vinculadas à UBS, como aulas de Judô e distribuição de leite e de cestas básicas. Das entrevistas também veio o reconhecimento de que esse Centro Comunitário é uma referência para a população e foi construído com apoio de uma “igreja” católica em um terreno que havia ao seu lado cedido pela prefeitura.

Essa informação sobre o terreno é retomada, primeiro quando a moradora responsável pelo grupo da Terceira Idade levou um álbum de fotografias das atividades e eventos relacionados ao Centro para eu ver. Nele havia várias fotos de uma passeata pelas ruas do bairro em que os moradores apareciam segurando faixas com dizeres: *“todos precisam de Deus”*; *“por que destruir uma entidade que foi construída pelo povo?”*; *“contamos com a compreensão das autoridades”*. Perguntei sobre essa passeata. Angelina explicou que ela foi realizada porque o terreno é da prefeitura, mas havia sido concedido para uso do Centro Comunitário e que não tinham tido problemas. Mas em determinado momento receberam uma carta da prefeitura que solicitava a restituição do local. Por isso a passeata. Contou: *“o povo já tinha dito que se fosse mantido o pedido eles iriam quebrar tudo, inclusive a igreja”*, e que no prédio da igreja foi bastante dinheiro, no Centro Comunitário não, as paredes de ferro foram mantidas. Nesse momento entrou em cena uma pessoa importante na história do Centro Comunitário, padre Adriano. Angelina contou que ele também interveio e levou até a prefeitura o posicionamento dos moradores. Mas deu tudo certo. Explicou que para justificar a pertinência do Centro Comunitário foi preciso manter atividades sociais para atender a comunidade e afastar as ameaças de fechamento.

A conversa com a secretária Clara especifica melhor a situação do Centro Comunitário. Ela explicou que não está na secretaria desde o início, mas como mora bem em frente ao Centro Comunitário acompanhou tudo e também do que ouviu de padre Adriano e

de outras pessoas. De acordo com ela, Angelina e Ivone, o Centro Comunitário começou a funcionar em 1994. Clara começou a participar da comunidade em 1998 e entrou na secretaria em 2000. Falou que no início a comunidade se reunia para rezar as missas no “centro cultural”, no terreno, usando também as casas em frente. Foi assim por uns dois anos e então construíram a “escola de lata”⁵⁶, se referindo às salas do Centro Comunitário onde acontecem aulas e reuniões.

A “escola de lata” foi originalmente a Escola “Maria Alice” de 1ª a 4ª séries. Foi construída pela prefeitura porque só havia escola do outro lado da rodovia Raposo Tavares e era muito difícil atravessar, pois na época não existia passarela. Contou que as mães tinham que se juntar para conseguir parar o trânsito da rodovia e atravessar para o outro lado, por isso, pleiteavam uma escola para o bairro. Resolveram o problema construindo uma na COHAB que ficou conhecida como “escola de lata”, devido às paredes das salas de aula serem de ferro. Depois é que construíram o prédio novo de alvenaria para abrigar a escola que hoje fica em frente ao Centro Comunitário, assim puderam usar a construção anterior da “escola de lata” para realizar as missas e as aulas de catequese. Então os moradores da COHAB formaram a comunidade Nossa Senhora Aparecida, já com a ajuda do padre Adriano.

Também contou que a prefeitura quis derrubar a escola, mas a comunidade se organizou para pedir formalmente na secretaria da COHAB licença para usar o prédio, pois o terreno estava registrado na secretaria da COHAB/prefeitura. Conseguiram uma concessão de uso por dois anos. Nesse tempo construíram o prédio da igreja ao lado e também fecharam uma área que era apenas coberta (hoje é o salão onde há aulas de Judô e fica também a secretaria). Explicou que essa área já tinha uma cozinha e era usada para as crianças comerem a merenda. Lembrou que esse salão já foi usado para muitas atividades, palestras, receber políticos e festas. Quando houve desapropriação do morro também foi usado para fazer o cadastro dos moradores pela prefeitura e receber as indenizações, comentou: *“o uso é para a comunidade”*.

Quando venceu a concessão, descobriram que o terreno não estava mais vinculado à secretaria da COHAB, passou a ser inscrito na prefeitura como uma área institucional – o que significa que nela só podem ser construídas UBS, praça, escola, mas, como disse, *“não igreja”*. Por isso, estão como “invasores” no terreno. Devido a essa condição, os moradores

⁵⁶ Outras “escolas de lata” ou “escolas de latinha” foram construídas em São Paulo durante a gestão de Celso Pitta. A proposta era que estas escolas atendessem uma demanda emergencial de vagas na rede pública de ensino. Entretanto, o processo de substituição por construções adequadas foi lento e, em algumas escolas, ainda existem salas que funcionam como anexo da nova construção.

têm receio de investir na melhora dos prédios, pois para isso seria usado o dinheiro da comunidade: *“não podemos usar o dinheiro da comunidade em algo que pode ser tomado/destruído depois”*. Disse que já veio um engenheiro para ver o que era possível fazer para melhorar a construção. Ele veio por intermédio do Aurélio Miguel. Falou mais uma vez que não poderiam fazer as melhorias com o dinheiro da comunidade, seria melhor contar com a ajuda da Câmara Municipal, por intermédio, por exemplo, do Aurélio que é vereador. É por isso também que o salão da igreja não tem cruz, nem sino, e que chamam de “salão”, porque ela não poderia ser construída ali⁵⁷. Hoje a permanência deles está condicionada a desenvolverem ações sociais, *“senão já teriam tomado o terreno”*. Apesar disso, acredita que *“hoje isso já é mais difícil de acontecer, pois agora o Centro Comunitário é uma referência para a COHAB”*.

Ivone, moradora da COHAB e coordenadora do MOVA, também explicou que não estava na fundação do Centro Comunitário, que ocorreu em 1994. Mas disse que ela foi iniciativa dos moradores: *“foi a comunidade que construiu tudo”*. Falou também da ajuda do padre Adriano: *“ele é um guerreiro! Quem ia cumprimentá-lo via suas mãos sempre sujas de barro”*. Perguntou se eu conhecia as comunidades Munk e Santa Maria, porque *“ele fez grandes obras nessas comunidades também”* e que é o tipo de padre *“que entende o sacerdócio verdadeiramente, que tem o dom verdadeiro e o lado da ajuda social muito forte”*. Foi ele quem a convidou para ser coordenadora do MOVA, porque na época tinha o magistério e também era ACS da UBS. O padre dizia que poderia ajudar a descobrir quem eram e onde estavam aqueles que poderiam ser alfabetizados, pois a sua formação e o seu trabalho permitiam a proximidade com as pessoas e, assim, ao entrar nas casas poderia falar também sobre o MOVA. Ela está na COHAB há doze anos.

A participação do padre Adriano na consolidação da igreja e do Centro Comunitário é percebida na gratidão, apreço e admiração que os moradores têm por ele. Joana que mora em um dos predinhos ao lado do Centro Comunitário e da igreja conta que: *“quando começaram a construir a igreja e o Centro Comunitário via da minha janela o padre agachado trabalhando, naquele calorão, com um boné na cabeça ajudando na construção”*. Disse que na época não havia dízimo e conseguiam o dinheiro para as obras

⁵⁷ Contou que existem outras duas comunidades cristãs, além da “Nossa Senhora Aparecida”, também formadas com a ajuda do padre Adriano, que pertencem à Diocese “Nossa Senhora da Clausura”, são elas: “Nossa Senhora do Rosário” na Munk (neste caso ela explica que é uma igreja mesmo, que conseguiram comprar o terreno com doações, padre Adriano conseguiu doações de fora, da Itália por exemplo, por isso, lá há cruz e sino) e a “Santa Maria” no bairro que tem o mesmo nome. Falou que a partir de 2009 o novo padre também está tentando formar outra comunidade no Jardim das Rosas, que será chamada “São Frei Galvão”. Atualmente as missas são rezadas nas casas.

pedindo ajuda uma vez por mês nas casas. As pessoas doavam quando podiam qualquer valor. Fez distinções com o padre atual⁵⁸: *“ele já é diferente, tem outro jeito de trabalhar, ainda é difícil se acostumar”*. Uma das professoras do MOVA também relatou que foi muito difícil quando o padre Adriano saiu, pois o considera como *“uma pessoa abençoada, iluminada e fez muito pela comunidade, pela questão social, mas estamos nos acostumando, é que cada também tem o seu jeito né”*.

De acordo com Angelina, Clara e a professora do MOVA, fazia cerca de dois anos que o padre Adriano estava trabalhando em outra região, mas que ele não havia abandonado a comunidade da COHAB, sempre quando podia passava por lá. Tive a oportunidade de presenciar tal situação. Padre Adriano, tão comentado e querido pelos moradores, fez uma visita justamente em um dos dias em que eu estava observando o grupo da Terceira Idade. Fiquei particularmente feliz por esse encontro, pois ele é uma figura central na história da comunidade e do Centro Comunitário. As senhoras na sala se surpreenderam e foram ao encontro do padre para cumprimentá-lo. Angelina me apresentou e explicou que estava fazendo uma pesquisa ali, e ele disse tranquilamente: *“ah, que bom”*. Disse que era um prazer poder conhecê-lo, pois ele era muito *“famoso e querido ali”*. Ele respondeu: *“não, não, eles é que são generosos comigo”*. Depois de cumprimentar a todas, ele se retirou e foi para o salão.

Sobre as atividades desenvolvidas no Centro Comunitário a secretária contou que já fizeram de tudo um pouco, dependendo das necessidades e oportunidades que surgem. Por exemplo, quando a ETEC começou a funcionar, organizaram um “cursinho pré-vestibular” para preparar os jovens da COHAB para fazer o exame exigido para conseguir uma vaga nessa escola. Conseguiram professores da USP e as aulas aconteceram por quatro meses no salão do Centro Comunitário. Explicou que a moradora que coordena o projeto do “centro cultural”, ajudou nisso. Também tentam se aproximar da instituição, disse que há representantes da comunidade no conselho da ETEC, do qual ela mesma já fez parte. Ou então a “feirinha”, que era montada uma vez por semana quando um supermercado da região doava alimentos. Eles precisavam arrumar um carro para buscar as frutas, verduras e legumes doados e montavam a feira no salão. Também abrem um espaço para o Bazar da “Associação da Síndrome de Willians”. Explicou que a sede é no bairro Belém, que fica muito longe, mas como tem uma mãe da comunidade que participa dessa associação elas tentam trazer algumas atividades para a COHAB.

⁵⁸ Na volta ao Centro Comunitário em 2012 já havia ocorrido outra mudança, um novo padre estava à frente da comunidade.

Como as aulas de Judô, também tiveram outras atividades, como aulas de inglês e de balé. No caso dessas atividades cobrava-se R\$25,00, dos quais R\$20,00 iam para o professor e R\$5,00 ficavam para o Centro Comunitário. Mas ela disse que *“as coisas não duram muito tempo”*. Em relação aos professores ela observou que eles procuram o Centro Comunitário para oferecer alguma atividade quando estão sem emprego. *“Foi assim com o balé. Montam as turmas, depois conseguem aulas em outros lugares e começam a ‘espremer’ os horários aqui, aí ocorrem desistências. Acabam abandonando por questões profissionais”*.

Também houve turmas de ginástica. Quem deu o relato sobre uma delas foi a coordenadora da Terceira Idade. Contou que tentou formar um grupo para ter aulas de “ginástica”, pois seu sobrinho tinha se disponibilizado. Para começar uma turma precisava de 30 pessoas. Conseguiu fazer uma lista com trinta nomes, mas depois a turma chegou a ficar com 2 alunos e aí não teve como continuar. Perguntei como era o vínculo do professor (voluntário, se haveria algum pagamento, convênio...), e ela explicou que pediram um valor de R\$30,00 por pessoa, porém *“quando tem que pagar alguma coisa as pessoas não vem”*. Considerou que as coisas ficam difíceis desse modo, à medida que pode haver até uma “penalização” quando se compromete com o profissional ou se consegue algum tipo de apoio da prefeitura e depois as coisas se desfazem...

Em outro caso, Angelina lembrou que houve aulas de ginástica com um professor *“que era muito bom, que esse era personal, falava direitinho os problemas que as pessoas tinham”* e que *“a COHAB toda descia”*. Mas depois ocorreu um desentendimento (não explicou bem o motivo, mas pareceu que o *personal* tinha cometido “alguma falta”), por isso, decidiram parar, *“a situação não tinha ficado boa”*. Nesse caso, a secretária disse que o professor também vinha pelo Instituto Aurélio Miguel, durou um ano e meio e era gratuito. Tinham problemas de horário porque o professor vinha do Brooklin, mas não comentou especificamente porque acabou.

Angelina citou também aulas de dança de salão, por meio de um apoio da prefeitura para ter o professor. *“Era uma turma boa de 30 alunos”*, mas que depois também foi diminuindo, aí era difícil continuar porque exigiam um mínimo de alunos para justificar o pagamento do professor. Disse: até o *“pessoal da saúde participava”*. Contudo, tinha receio porque a qualquer momento eles poderiam fazer uma “auditoria” ou “fiscalizar” pra ver como as aulas estavam acontecendo, *“eles poderiam aparecer a qualquer momento”*.

Já o grupo de *tai chi chuan*, oferecido por uma profissional da UBS teve mais continuidade no Centro Comunitário. Clara relatou que “Natália foi persistente”, ela manteve o grupo por cinco anos. Hoje não está mais na UBS, por isso, as atividades pararam. Angelina

também identificou a pessoa – Natália – que deu aula de *tai chi chuan* e notou que como ela era profissional da UBS foi mais fácil permanecer tanto tempo, pois trabalhava dentro do horário do serviço, em vez de dar a aula lá vinha para o Centro Comunitário.

Sobre a participação da comunidade nas atividades, Clara considera que nem sempre as mães e as mulheres se interessam muito. Dá o exemplo do grupo Corporal e Capoeira. Ela nota que *“o trabalho que a terapeuta ocupacional da UBS faz é excelente, inclusive chegou a buscar e levar de carro uma moradora que tinha problema de locomoção para participar do grupo”*; *“há muita dedicação no que faz”*. Mas antes as pessoas reclamavam que o Centro Comunitário era muito quente, essa era a justificativa pra não vir; depois conseguiram o espaço na ETEC que é melhor, tudo novo, mas não mudou nada.

Em outro exemplo, contou sobre uma verba que conseguiram para um “projeto de ludicidade” para ser desenvolvido com jovens da COHAB e da Munk, por seis meses. Tinham monitores para dar aula, material, várias atividades, conseguiram até uma perua porque as pessoas não queriam vir a pé e, mesmo assim, foi difícil conseguir 20 jovens para participar do projeto.

Perguntei sua opinião sobre as causas desse desinteresse. Clara acredita que, pelo tempo que convive e atende a comunidade, pode ser a falta de instrução. Pelo contato que tem com as pessoas por trabalhar no Centro Comunitário nota que há essa condição. Exemplificou: *“não imaginava nunca que em uma comunidade tão pequena tivesse tanta gente que não é alfabetizada”*, e que, várias vezes, sabia que a pessoa era analfabeta e vinha pedir informações na secretaria sobre o MOVA para alguém da família ou conhecido. Dizia: *“mas e você, por que também não se inscreve? Vai ser muito bom”*. Mas as pessoas se recusavam, sentiam vergonha, se achavam velhas. Para incentivar, ela procurava usar exemplos de alunos da comunidade que já frequentavam o MOVA, mas poucos mudavam de ideia. Atualmente percebia uma procura maior, talvez pela crescente necessidade de formação para o trabalho. Também observou que muitos nem conhecem o Centro Comunitário, só trabalham. Saem para o trabalho e voltam direto pra casa, se referindo à falta de tempo também.

Concluiu que *“para fazer as coisas acontecerem é preciso ser muito perseverante”*. No entanto, quando as ações são imediatas, ocorre o contrário: *“se falar que vai ter doação chove gente”*. Nesse sentido, suas observações se relacionam também às encontradas nas entrevistas com os profissionais de saúde. Independente dos desafios é preciso manter a parte social em função da situação irregular do terreno e assim continuar sendo um ponto de apoio para a comunidade. Além das atividades que serão descritas a

seguir, o Centro Comunitário também conta com o programa assistencial do Estado “Leve leite”, atendendo 110 famílias; e com a doação da Pia Sociedade de São Paulo, uma congregação cristã, de 20 cestas básicas por mês, que são divididas entre as comunidades COHAB, Munk e Santa Maria. Por fim, Clara explicou que a secretaria atende as demandas do Centro Comunitário, mas também algumas coisas da “igreja”, ou seja, uma parte social e outra religiosa, já que a maioria delas, no momento da pesquisa, era resolvida diretamente pelo padre e pelos seminaristas.

6.2 As práticas corporais na comunidade

As observações no Centro Comunitário tiveram como foco ampliar a compreensão sobre comunidade e suas dinâmicas, especialmente aquelas que envolvem as práticas corporais e a saúde. A hipótese era que ao olhar para a comunidade em seu contexto fosse possível iluminar aspectos do seu cotidiano que ficam encobertos no sentido de serem vistos apenas como o que é corriqueiro, simples e, nesse sentido, ficam destituídos de valor ou de um olhar mais atento. Como objetivou Certeau (2002) em sua pesquisa, fazer com que as práticas ou “maneiras de fazer” cotidianas deixassem de ser a parte obscurecida da atividade social. Ou como destaca Heller (2008, p. 34) ao afirmar que “a vida cotidiana não está ‘fora’ da história, mas no ‘centro’ do acontecer histórico: é a verdadeira ‘essência’ da substância social”. A expectativa, então, era identificar traços que, justamente por serem parte do dia-a-dia, carregam consigo uma potência que orienta a vida e, nesse sentido, serão tratados aqui como elementos que podem ser fundantes para pensar trabalhos que envolvam práticas corporais, saúde e comunidade.

Isso é importante porque são recorrentes na literatura pesquisas que destacam a dificuldade de adesão à atividade física⁵⁹, geralmente relacionando grupos de menor escolaridade e renda com os menores índices de práticas, particularmente nas atividades voltadas para o tempo de lazer, que não incluem atividades como caminhar até o local de trabalho (BORRELL et al, 2000; SIQUEIRA et al, 2008; KNUTH et al, 2011). Porém, destacam-se apenas as relações causais entre certas condições e ser mais ou menos ativo, por outro lado não aparecem outras possibilidades de prática que existem no dia-a-dia das pessoas

⁵⁹ Aqui é preciso pontuar novamente que as pesquisas empregam de modo predominante o termo *atividade física*.

que podem passar despercebidas, por exemplo, quando as pesquisas são pautadas por questionários objetivos que medem a frequência e a intensidade das atividades. Do mesmo modo, percebe-se uma dificuldade de participação e envolvimento em várias práticas de cuidados com a saúde. Disso decorre a necessidade de valorizar o contexto e as relações entre as pessoas que nele vivem para delinear propostas. No caso das condições socioeconômicas, algo muito destacado nas pesquisas que medem os níveis de atividade física, se não é possível mudá-las prontamente, acredito que se pode buscar na comunidade pistas que inspirem um trabalho mais coerente com as necessidades de grupos e populações a partir do momento que se valoriza a construção coletiva e os modos de ser advindos da comunidade, ao invés de trabalharmos com uma única via que impõe orientações e práticas.

A expectativa inicial de observar as práticas corporais oferecidas no Centro Comunitário e entender um pouco mais sobre as relações dos moradores me pareceu enfraquecida no momento em que soube que a única atividade realizada era o Judô. Entretanto, a participação nos outros grupos, como a aula de Origami para as crianças, as reuniões da Terceira Idade e a continuidade das observações no grupo de Hipertensão e Diabetes da equipe branca da UBS, se mostrou uma forma de “transitar melhor pela comunidade” e poder conhecer aspectos importantes com os quais se possa estabelecer relação com as práticas corporais, mesmo que não diretamente. Além disso, a perspectiva de observar as práticas corporais foi novamente reforçada quando soube que havia, além do Judô, os grupos Corporal e Capoeira, que estavam sob a coordenação da UBS. Também continuou fazendo parte da proposta observar movimentos mais naturais da comunidade em relação às práticas corporais, como as atividades de rua, grupos de caminhada, entre outros.

No entanto, é preciso considerar que a impressão mais forte é que as práticas corporais não apareciam de modo marcante no contexto da comunidade. Foi preciso que no decorrer da pesquisa detalhes das falas, histórias de atividades anteriores, dificuldades e também exemplos pequenos que se mostravam de modo sutil dentro e fora do espaço do Centro Comunitário fossem reunidos para que se pudesse construir as relações entre práticas corporais e comunidade. Nesse sentido, assim como as relações entre as pessoas da comunidade são dinâmicas, o olhar sobre as práticas corporais nesse contexto não poderia ser apresentado procurando tratar apenas da aula de Judô ou da aula de capoeira, mas de inseri-las na trama do vai e vem da vida na comunidade.

As práticas corporais oferecidas e observadas de modo sistematizado foram as aulas de Judô e os grupos Corporal e Capoeira. Assim, apresento primeiramente os resultados das observações relativas aos grupos que trabalhavam com alguma prática corporal, os quais,

depois, serão relacionados aos outros grupos, considerados a partir de uma perspectiva da dinâmica geral da comunidade. Da mesma forma, é preciso pontuar que as práticas corporais não foram analisadas com base nas técnicas empregadas ou na forma de trabalho dos profissionais, mas com um olhar para o que move as pessoas naqueles grupos, como se dão as relações entre eles, particularidades que podem se mostrar interessantes para pensar as práticas corporais de outro ângulo que não aquele comumente tratado pela mídia e a indústria cultural ou no saber técnico-científico normalmente valorizado pelos profissionais em sua atuação, como notam Gomes, Pich e Vaz (2006), Carvalho (2006) e Fensterseifer (2006), respectivamente. Nesse caminho, os estudos de Matos e Ferreira (2007) e Freitas e Silva (2009), que se voltaram para compreender as práticas corporais e a saúde com base em contextos comunitários específicos, mostraram particularidades tanto sobre os modos de viver as práticas corporais como sobre a saúde. O primeiro trabalho, destacando a diversidade de práticas, sua relação com o meio ambiente e as necessidades de lidar com ele para a sobrevivência; e o segundo, destacando o distanciamento de práticas lúdicas tradicionais da comunidade quilombola, como a capoeira, e necessidades específicas de saúde como a falta de saneamento básico e precariedade de obtenção de água.

6.2.1 Atividades formais

Foram consideradas formais as atividades com práticas corporais que eram oferecidas no Centro Comunitário e na ETEC (pois cedeu espaço para dois grupos que eram originalmente desenvolvidos no Centro Comunitário) com dias e horários fixos sob a responsabilidade de um profissional, sendo: o Judô, o grupo Corporal e o de Capoeira.

As aulas de Judô aconteciam⁶⁰ no salão do Centro Comunitário de segunda e quarta-feira, com turmas pela manhã e também pela tarde, no total de quatro turmas. O projeto é uma parceria entre o Centro Comunitário e o Instituto Aurélio Miguel. Gilmar, o professor, explicou que não há vínculos com a prefeitura, pois quem mantém a atividade é o Instituto, inclusive com quimonos, tatames e pagamento do profissional. A participação é aberta a toda a comunidade. Há uma certa divisão das turmas por níveis, mas não com um

⁶⁰ No retorno que fiz entre março e maio de 2012 para planejar uma devolutiva para o Centro Comunitário, as aulas tinham sido remanejadas para outros dias e horários, abrindo uma nova turma também de sábado de manhã.

critério rígido. Foi possível presenciar situações em que alunos participavam de duas turmas, precisavam mudar de horário devido a compromissos ou para melhorar a participação e também a própria mistura de níveis de faixas e de idade entre alunos de uma mesma turma. Foram observadas as aulas de quarta-feira à tarde sistematicamente e de segunda de manhã e tarde de modo menos frequente.

As turmas têm uma boa participação, especialmente nos níveis mais iniciais. Cheguei a observar aulas com variação entre quatro a dezoito alunos, de diferentes faixas etárias, conforme o dia. A maioria dos alunos chegava ao Centro Comunitário sozinha ou com um colega, diferente do que presenciamos em academias e clubes, pois ali não havia um movimento de carros e de pais deixando seus filhos para mais uma atividade do dia, ou mesmo a preocupação de que algo poderia acontecer... Uma criança ir sozinha ao Centro Comunitário não representa um risco, pois está no seu “território”.

Nas primeiras turmas, onde estão os mais novos, o professor sempre procedia recebendo-os no salão comunitário, deixando um momento livre. As crianças brincavam entre si, às vezes o professor fornecia uma bola, em outras eles se organizavam para ver o que iam fazer, e muitas vezes as brincadeiras mais pareciam “brigas”, mas ao sinal de início da aula eram interrompidas para “formar” o posicionamento já trabalhado pelo professor.

As atividades incluíam exercícios de aquecimento, exercícios específicos de defesa e ataque, e outros em que, por meio de atividades lúdicas, eram postos em situações que simulavam o momento da luta em si. Havia também atividades e exercícios que objetivavam trabalhar habilidades e capacidades específicas, como força, flexibilidade, coordenação e algo muito destacado por Gilmar, que era o raciocínio e a capacidade de pensar e analisar a situação para tomar a decisão de como “encaixar” ou “se livrar” de um golpe.

O professor também procurava perceber o ritmo da turma. Por exemplo, em um dia os alunos estavam muito agitados, então ele terminou a aula deixando-os na posição deitada e orientou dizendo que estavam livres para gritar o quanto quisessem, bater braços e pernas com força no tatame, para extravasarem. No final estavam cansados e o que no começo parecia a maior farra para eles, foi espontaneamente sendo posto de lado, a exaustão levou-os à calma de novo. Ou nos dias mais quentes, a intensidade dos exercícios era diminuída; ou ainda trabalhava com mais atividades lúdicas à medida que se aproximava o período de férias.

Um recurso muito utilizado pelo professor era trabalhar de modo que os alunos com maior graduação de faixa auxiliassem os outros, tanto em exercícios específicos como em situações de combate. Algo que aconteceu praticamente em todas as aulas. Os alunos não encaravam essa situação como “estar em desvantagem”, compreendiam que nessa condição

aprendiam com o outro colega ao mesmo tempo em que podiam melhorar seu desempenho, uma vez que eram postos em uma situação em que “não haveria moleza”. Algumas vezes a situação era vista como engraçada, pois havia uma diferença muito grande de idade e altura entre os alunos, nesses casos os mais velhos ficavam em uma condição de cuidado em relação ao mais novo.

Nesse sentido, há também uma preocupação que parte dos próprios alunos em ajudar o outro. Por exemplo, em uma atividade de maior movimentação, João Carlos se propõe a ficar próximo à parede para que “ninguém bata a cabeça”. Em outro caso, Gilmar pediu para que um aluno que lutava bem, o Igor, fosse par com outro que, segundo o professor, era muito agitado, fazia os movimentos com força e de maneira brusca, “*mas não é por mal*”, sugerindo que o menino teria algum problema. A função de Igor era lutar com Márcio sem machucá-lo, de saber lidar com a sua “intensidade”. O menino sinalizou para o professor mostrando que entendia a situação e, por isso, teria um cuidado maior com o colega.

Outro ponto é a questão da disciplina, do respeito e da relação entre as aulas de Judô e outras atividades do cotidiano dos alunos, seja na escola ou na família. É claro que muito desse aspecto está relacionado à filosofia da modalidade e também à proposta do projeto, que tem caráter social. Segundo Gilmar, “*além do Judô também tem a preocupação de educar*”. Assim, contracenavam durante a aula medidas corretivas de caráter disciplinar, como “*pagar cem polichinelos*” e “*quem não se dedicar e só ficar brincando vai sair fora*”, para quem fizesse algo considerado inadequado, como mexer com o colega ou atrapalhar a aula com muita bagunça, e a preocupação em saber se está tudo bem com os alunos, compreender mudanças de comportamento, como os questionamentos sobre se estava acontecendo alguma coisa em casa, e explicações da importância da formação educacional, do caráter e do respeito pelo outro para a vida de cada um.

Percebia uma preocupação em considerar a vida dos alunos fora do contexto da aula, nas suas relações com a família e a escola. Em várias situações presenciei uma “investigação” atenta do professor junto aos alunos e também aos pais, além dos seus depoimentos que mostravam conhecer um pouco da história de cada um e das suas mudanças. Em um caso, o professor conversou com a mãe de um menino, explicou que ele sempre chegava falando que estava com dor de cabeça e nesse dia novamente não fez aula por esse motivo. Aos poucos, foi perguntado pra a mãe como eram os hábitos do menino, se comia bem, qual horário de dormir, se ficava muito no videogame... Nesse ponto pareceu encontrar a resposta. A mãe respondeu com franqueza, disse que estava cansada de pedir para o filho dormir cedo e para diminuir o tempo nos jogos, mas não adiantava. Gilmar aconselhou que no

máximo às 22h00 era para o menino estar na cama e, se não parasse de jogar, era “*para ‘cortar’ o cabo do computador*”. Também quando uma aluna não se sentiu bem, o professor pediu para ela se sentar e depois “tomar um ar” do lado de fora. Fez várias perguntas, se comeu, se estava com bronquite e, por fim, se estava tudo bem na casa dela. No final disse que queria falar com sua mãe, desconfiava que o mal estar não tinha causa física...

Nas aulas também foi possível notar que havia um movimento entre os pré-adolescentes em buscar no esporte um meio de ascensão social. Em várias situações surgiam os comentários entre os meninos e também entre as meninas de seleções e “peneiras” que tinham participado para entrar em algum clube, especialmente para jogar futebol como a Portuguesa, o Corinthians e o Grêmio de Osasco. Em um exemplo, chegou uma menina do segundo horário e o professor perguntou se ela tinha ido à Portuguesa. Ela disse que sim, mas ainda não tinha feito o teste. Ele pediu, então, para avisá-lo quando iria acontecer porque queria encaminhar mais três meninas para o teste no futebol. Em outro, ouvi um dos alunos falar que não poderia se machucar nas semanas seguintes porque teria um teste de futebol no Grêmio de Osasco. Essa relação com o esporte de rendimento também apareceu no Judô. O professor fazia observações sobre o potencial de alunos para competir profissionalmente. Em um caso particular relatou a dedicação de uma menina de 15 anos, que treinava em dois horários, quando não tinha aula na escola vinha treinar de manhã e a tarde, se destacava em competições e, por isso, acreditava em seu potencial. Pretendia investir nela para as Olimpíadas de 2016. A relação do esporte com o futuro profissional também apareceu no sentido de que alguns já demonstravam interesse em seguir carreira na área estudando Educação Física.

As competições faziam parte do treinamento, pois elas contavam para melhorar a graduação de faixas dos alunos. Mas os alunos não eram obrigados a participar, nem sempre tinham condições. Para eles, isso representava também motivo de orgulho e realização. Presenciei essa situação, por exemplo, quando os alunos voltaram de uma competição em que as meninas tinham ganhado o “inter-CEUS”. Daiane quis mostrar o troféu para mim e, como sabia que era formada em Educação Física, perguntou se para ser professora precisava ter troféu. Um dos meninos que estava assistindo, com um skate na mão, se aproximou orgulhoso para dizer: “*eu sou primo dela!*”; ou Jorge que ficou em terceiro lugar na sua categoria na competição interestadual que ocorreu no Esporte Clube Corinthians, sua medalha foi exibida e compartilhada com os colegas.

De modo geral, ainda que o grupo trabalhasse com o treinamento, a ele se agregavam questões educativas e de formação, não só social, mas também para

encaminhamentos futuros, mediadas pelas relações estabelecidas entre professor-alunos e alunos-alunos. Entre estes, particularmente, elas são marcadas pela convivência na comunidade, pelo estudo na mesma escola e reforçados pelo grupo do Judô.

Os grupos Corporal e Capoeira eram realizados na ETEC de sexta-feira à tarde em horário concomitante. Essas atividades estavam vinculadas à UBS Jardim Boa Vista sob coordenação do setor de Terapia Ocupacional. De acordo com uma das profissionais responsáveis e também com a secretária do Centro Comunitário, os grupos aconteciam originalmente lá, mas depois que o prédio da ETEC ficou pronto procuraram fazer uma parceria com esta instituição por dois motivos: o excesso de calor nos dias de sol, devido ao tipo de construção do Centro Comunitário e ao barulho, pois como as atividades aconteciam ao mesmo tempo, o barulho de uma atrapalhava a outra.

A participação nesses grupos estava mais voltada para pessoas da comunidade que tinham algum déficit físico ou mental, mas também existia abertura para outras pessoas que quisessem participar. De acordo com as profissionais e estagiárias dos grupos, a ideia de ter duas atividades era oportunizar as mães e/ou cuidadores que traziam as crianças/adolescentes para fazer atividade a possibilidade de também participar de alguma prática, enquanto estariam apenas esperando, e destinar esse momento para cuidar de si. Em relação aos objetivos, o maior deles era promover a socialização de pessoas com alguma deficiência. Algumas, como é o caso do Ricardo, têm nesse grupo uma forma de inserção social importante, uma vez que não passaram pelo processo de escolarização formal⁶¹, como contou a Letícia.

Os grupos tinham um esquema interessante de desenvolver as atividades. No início as duas turmas ficavam juntas, momento em que as responsáveis e as estagiárias davam avisos, informavam como seriam as atividades e realizavam exercícios de alongamento. Geralmente as responsáveis sempre estimulavam que os alunos ajudassem a conduzir os exercícios. Depois, os grupos se dividiam. De modo geral, as mulheres ficavam no grupo Corporal em que se trabalhavam exercícios de dança sênior, com auxílio de cadeiras, bolas, fitas elásticas e colchonetes. A seguir, havia uma sequência de alongamentos e, por fim, uma massagem em duplas realizada com bolinhas. Já os jovens, meninos e meninas, em menor quantidade, iam para o grupo de Capoeira. Contavam também com a participação de Seu

⁶¹ No final do período de observação, pude ver que Ricardo tinha começado a estudar. Nas aulas do MOVA que acompanhei no Centro Comunitário sempre o encontrava, pois antes de ir para sua sala, ele passava pelas outras duas, cumprimentava as professoras, conversava um pouco e só depois se dirigia para sua turma inicial de alfabetização.

Inácio, um senhor que sempre ia ao grupo. Nesta atividade, além de aprender a jogar capoeira, também era trabalhado o canto das músicas e o uso dos instrumentos.

No momento, as atividades da capoeira eram conduzidas por Cristiano, um jovem⁶² morador de um bairro vizinho à COHAB, com prática em capoeira, que trabalhava no grupo junto com uma terapeuta ocupacional da UBS que também tinha experiência, mas na época estava em licença maternidade. As estagiárias também tinham um papel fundamental na organização e desenvolvimento dos dois grupos. No final as turmas se encontravam novamente na sala inicial para encerrarem as atividades do dia, geralmente formando uma roda e declarando o “*Salve!*” da capoeira juntos.

As particularidades desses grupos são muitas, mas a que chamava mais a atenção era o modo como conciliavam pessoas de diferentes idades e condições física e mental, ao mesmo tempo em que, apesar das diferenças e da divisão das atividades, mostravam se reconhecerem como um só grupo. No primeiro caso, uma estratégia trabalhada era valorizar aquilo que cada um podia e sabia fazer. No exemplo de Seu Inácio, o único idoso que frequentava a turma de capoeira, predominantemente composta por jovens, sua participação tornava-se marcante devido a sua experiência com a modalidade e, apesar de não realizar mais os movimentos, golpes e ginga, conduzia a parte instrumental do grupo se destacando com o pandeiro. Em certa aula, a roda estava quase formada e Seu Inácio ainda estava sentado e não demonstrava ânimo para se agregar a ela. Cristiano percebeu e o chamou. Ele continuou sentado, parecia não estar motivado, aí o capoeirista pegou o pandeiro e o entregou a Seu Inácio que imediatamente se levantou e foi para a roda. Já o segundo caso era percebido em diferentes momentos, particularmente quando aguardávamos as pessoas chegarem para iniciar as aulas, todos se reuniam no mesmo lugar; na forma como mantinham o compromisso em iniciar e terminar as aulas juntos; e pelos relatos que ouvia sobre os passeios realizados, nos quais havia participação dos alunos do Corporal, da Capoeira e outras pessoas da comunidade. Em um exemplo, seu Inácio entregou para a terapeuta ocupacional um papel com vários desenhos que ele tinha feito a mão reproduzindo exercícios de alongamento. O material foi elogiado pela profissional e compartilhado com os dois grupos. Em outro, temos as conversas que aconteciam entre todos, e a aproximação devido à convivência no bairro também permitia que soubessem um pouco o que se passava com o outro, o lugar onde trabalhavam, o motivo pelo qual alguém havia faltado, quem tinha ido a alguma festa, o que fazia da ida aos grupos

⁶² A ideia de Cristiano trabalhar com o grupo de Capoeira surgiu da necessidade que ele teve de prestar serviço na UBS, daí as profissionais procuraram aproveitar alguma experiência que o jovem já tinha, no caso a prática com a capoeira. Terminado o período de prestação de serviço ele decidiu continuar atuando no grupo.

um momento de encontro também. Em alguns dias aconteceu de as turmas terem que se juntar devido, por exemplo, ao número baixo de alunos ou à ausência do professor de capoeira. Tal situação não era vista com contragosto, os meninos que faziam capoeira experimentaram a ginástica, a massagem, e se surpreenderam com a experiência.

Também eram oferecidas atividades diferenciadas. Os passeios contavam com apoio da UBS que conseguia carros especiais para transportar cadeirantes. Alguns deles foram visitar uma exposição de capoeira realizada no espaço cultural de um banco na cidade de São Paulo e o parque do Pico do Jaraguá. Cristina também conseguiu organizar o “batismo” da capoeira que aconteceu em uma parceria com seu mestre que é professor do Centro Poliesportivo da USP.

Nos encontros também houve espaço para ver as fotos dos passeios, produzir materiais como cartazes que expressavam a vivência dos grupos e para discutir o direcionamento dos mesmos, nos momentos em que havia problema em relação à participação ou à possibilidade de ficarem sem o professor de capoeira, de modo a reforçar a reflexão sobre as vivências.

No entanto, a questão da participação dos moradores em termos de quantidade nas atividades, um tema destacado nos resultados da primeira fase da pesquisa campo, aparece como algo que “intriga” as profissionais no sentido de identificar os motivos que levam a uma fraca participação em relação ao que seria esperado. Por um lado, Letícia considerava que a COHAB realmente era carente de espaços para as práticas corporais. Contou que aos sábados *“os jovens disputam a tapa a quadra da escola para poder jogar”*, e aí prevalece o *“jogo de poder dos mais fortes e mais velhos sobre os mais novos”*. Por outro lado, quando havia uma oportunidade, como os grupos Corporal e Capoeira, percebia que o número de pessoas que se interessava era baixo e havia uma oscilação muito grande.

De modo geral, considero que a aproximação entre os grupos é resultado tanto da relação que as pessoas têm devido à convivência na comunidade como pela postura assumida pelas profissionais, em um claro compromisso em oportunizar às pessoas não só um momento para a prática corporal mas também de melhorar a qualidade de vida sobretudo por meio do desenvolvimento da vida social. Do mesmo modo, nas observações no decorrer do semestre e também nas atividades de final de ano, foi possível notar que havia por parte da equipe que atuava com o grupo Corporal e Capoeira a intenção de aproximar e envolver a comunidade no que era oferecido. Podem ser citados: o reconhecimento do trabalho de Cristiano, que era morador de um bairro próximo à UBS Boa Vista, mas não estava formalmente vinculado ao serviço; as atividades oferecidas em que valorizavam as histórias e vivências dos alunos; até a

colocação mais objetiva no encerramento das atividades no final do ano quando a coordenadora das estagiárias da Terapia Ocupacional disse que a festinha significava não só a confraternização de final de ano, mas também uma forma de agradecer a comunidade pela participação, pois *“não só os profissionais e a UBS oferecem alguma coisa, mas também a comunidade tem a sua contrapartida, sua participação, que permite essa troca, esse aprendizado”*.

6.2.2 Atividades informais

Além das atividades formais, procurei estar atenta a outros movimentos que dessem pistas sobre as práticas corporais na comunidade que não se mostravam tão claramente. Assim, em um primeiro momento a percepção que se tem é que as práticas corporais estavam pouco presentes na comunidade. Aos poucos, pude notar que ela acontecia, mas de modo menos formal e sistematizado, como nas brincadeiras de criança, na prática de esporte dos adolescentes, nas caminhadas individuais ou em grupos. O contato com os moradores que frequentavam as diferentes atividades do Centro Comunitário também foi relevante para chegar a essas informações: na aula de Judô soube da organização dos jovens para a prática do vôlei; na reunião da Terceira Idade descobri a praça e conheci histórias anteriores com as práticas corporais no Centro Comunitário; no grupo de Hipertensão e Diabetes e no Corporal soube de oportunidades fora da comunidade, como as aulas de ginástica em um supermercado da região e na Vila Olímpica; as aulas de Origami evidenciaram as brincadeiras infantis; o contato com o espaço geral da comunidade mostrou como prática comum o andar de bicicleta, o soltar pipa, o brincar na rua.

6.2.2.1 A caminhada no parque

A caminhada, prática comumente sugerida para cuidados com a saúde e oferecida de modo frequente em projetos e Unidades de Saúde devido, principalmente, à facilidade de realização e a não necessidade de preparação especializada para conduzir a prática (WARSCHAUER et al, 2007), é realizada por alguns moradores da comunidade

particularmente na pista do parque construído no local onde houve a desocupação de uma favela. Espaço que eu tinha ouvido falar nas entrevistas das coordenadoras e visto parcialmente nas primeiras visitas ao Centro Comunitário. Depois, realizei algumas observações no local, caminhando pelo seu trajeto. Nelas percebi pouco movimento, no entanto, isto pode estar relacionado aos horários em que realizei a atividade, sábado e domingo, e em alguns dias após as observações no Centro Comunitário por volta das 16h00.

De acordo com duas ACSs da equipe branca, a frequência ao parque estava melhorando: *“o pessoal está frequentando mais agora porque melhoraram a vigilância, colocaram guardinhas que antes não tinha, antes era meio perigoso”*. Comentaram também sobre o lugar, achavam bonito, mas um pouco cansativo, pois como o parque tinha sido feito em uma encosta e o terreno era meio íngreme. Também de acordo com Regina, moradora do Centro Comunitário e que está na divisa do parque, havia movimento em horários específicos, principalmente na parte da manhã, das 6h30 às 9h00, e no final da tarde, mas já um pouco menor em relação à manhã.

Nas visitas ao parque conheci de perto as descrições que até então tinha ouvido. Entrei no parque pela escadaria do lado do Centro Comunitário. O caminho era cimentado e de um lado estava a encosta, a maior parte arborizada, e do outro uma grade/corrimão dava a segurança. O trajeto era curto, mais ou menos sete minutos de ida e volta. Além do caminho, em dois trechos a passagem ficava mais ampla e nesse espaço havia mesinhas de cimento com tabuleiros para jogos, além das que estavam na entrada do parque. No trajeto havia outras escadas de acesso à pista. Mais para o final, havia também uma pequena pista de skate. O trajeto terminava no “barranco” onde a encosta continuava. A outra ponta, na parte mais baixa, terminava atrás do estacionamento de um dos blocos dos prédios da COHAB, que ficavam ao lado do Centro Comunitário. No final da pista o corrimão fechava o trajeto, ficando a, mais ou menos, um metro e meio de altura em relação ao chão do bloco da COHAB.

Como o parque foi construído na parte alta da encosta, ao caminhar pela pista foi possível ver as casas autoconstruídas. As ruas eram iguais as que fazem divisa com a Rua Cachoeira dos Arrepêditos do lado das casas: eram estreitas, com saída só de um dos lados, como travessas, sem calçadas. As casas eram simples e a maioria ainda estava no tijolo. Devido à formação das ruas, o acesso dos carros era restrito, o que fazia do espaço da rua lugar para as crianças andarem de bicicleta e brincarem. Em uma das caminhadas que fiz vi Paula, aluna da turma de Origami, e outras crianças que frequentavam o Centro Comunitário brincando juntas.

A caminhada também apareceu como prática em situações mais informais, seja no próprio uso do parque ou, então, inserida como parte das atividades cotidianas como ir a pé, levar ou buscar o neto na escola e ir até a postinho buscar remédio. Esses dados vieram especialmente das observações no grupo de Hipertensão e Diabetes. Algumas pessoas chegavam antes e, amistosamente, puxavam conversa, ou durante o atendimento em que comentavam com os amigos ou profissionais que estavam voltando da caminhada. Em um dos encontros uma senhora olhou para mim e explicou: *“eu estava caminhando, agora preciso esperar um pouco para poder medir a pressão”*. Em outra situação uma senhora que chegou mais cedo para o grupo logo começou uma conversa. Era a primeira vez que ia ao Centro Comunitário, mas morava na COHAB. Contou que foi levar a neta para a escola caminhando e depois a filha a trouxe para o Centro – *“tudo corrido”* –, por isso estava com calor. Observou os galos e galinhas correndo pelo espaço e lembrou-se da infância quando morava em um sítio que seu pai cuidava, na Paraíba. Fez uma consideração: *“aquilo que era saudável, colher e comer as frutas frescas do pé, beber leite tirado da vaca ou da cabra”*. Apesar de ter se mudado para São Paulo acreditava que a vida no sítio permitiu manter uma boa saúde até hoje. Perguntei se fazia algum exercício. Ela respondeu que ganhou uma bicicleta e uma esteira ergométrica do filho, mas só usava quando chovia, porque caminhava no parque.

Também era a caminhada que aparecia nas observações da equipe na sua relação com o controle da hipertensão, às vezes, em uma situação controversa, como na discussão de casos em que uma mulher estava com a pressão alta, tomava os remédios regularmente, fazia caminhada, mas não conseguia controlá-la, e outra em que a pessoa estava nas mesmas condições, mas a ACS comentou que ela não fazia caminhada.

No grupo de Terceira Idade algumas senhoras também faziam referência à caminhada. Geralmente saíam juntas para a atividade. O espaço preferido era as ruas que chamam de “Gêmeas” que ficam perto, porém fora da COHAB. A pista do parque já foi usada, mas observaram que *“sempre tinha jovens fumando”*, por isso não se sentiam bem.

6.2.2.2 A quadra, a praça, a rua e o Centro Comunitário

Como visto, aos poucos, as observações no Centro Comunitário e as conversas com os moradores me remeteram a outros espaços da comunidade – praça, quadra, parque –

nos quais foi possível encontrar também alguma forma de prática corporal. Com o passar do tempo, fui me sentindo mais familiarizada com o espaço da comunidade e também mais segura para poder andar por ela, além de ir diretamente para o Centro Comunitário. É preciso assinalar, entretanto, que as observações desses espaços ocorreram de modo mais pontual em relação à sistematização estabelecida para observar as atividades do Centro Comunitário, que foi o local específico da pesquisa.

Cheguei até a praça por meio das referências da coordenadora do grupo da Terceira Idade. Ela contou sobre as melhorias que estavam pleiteando para o local, com a colocação de aparelhos de ginástica. Ela e mais uma moradora haviam sido convidadas para “panfletar” sobre os aparelhos de ginástica que vão colocar na praça. Pedi para explicar melhor do que se tratava. Angelina esclareceu que como sobrou uma verba do planejamento orçamentário previsto, foi consultada por um vereador que ajudava a área para saber o que estariam precisando e dar uma sugestão. Pensaram: *“a praça já tem, aí demos a ideia dos aparelhos e foi aprovada”*. Orientou-me sobre a localização da praça e como chegar até ela. Ficava no ponto final dos ônibus, no trajeto iria passar pela quadra, um supermercado e logo depois a praça. Nas semanas seguintes, ao invés de descer no ponto próximo ao Centro Comunitário, descia no ponto final e voltava caminhando para observar a movimentação da praça e também da quadra, referência já apontada pelos alunos do Judô e também das aulas de Origami.

A praça era simples, quase um triângulo formado pela junção da rua principal da COHAB, Rua Cachoeira dos Arrepêditos, com outra que circundava a encosta. Estas duas ruas se encontravam e formavam uma só, que dava acesso aos bairros Santa Maria (à esquerda) e Boa Vista (à direita). Havia ponto de ônibus nas duas ruas, e na praça alguns bancos simples, o meio calçado de cimento e grama apenas nas laterais com algumas árvores. Durante a semana a praça não apresentava muito movimento. A circulação era entre pessoas que esperavam algum ônibus e os motoristas e cobradores que sentavam nos bancos, conversavam e iam até a lanchonete. Além disso, o espaço aberto propiciava às crianças um bom local para empinar pipas. Prática que segui observando nas ruas e que se mostrava comum também pela quantidade de pedaços de papel colorido, linhas e rabiolas enroscadas nos fios de energia elétrica. Na volta ao Centro Comunitário em 2012 a praça continuava sem os aparelhos de ginástica.

Já a quadra, única parte construída do projeto que pretendia agregar outras instalações para formar o “centro cultural”, também ficava entre a rua Cachoeira dos Arrepêditos e uma travessa. De um lado ela fazia divisa com as paredes das casas, inclusive

com as janelas voltadas diretamente para a quadra, sem muros separando-as, de outro a travessa. Cruzando a travessa havia o terreno gramado vazio, que junto com a quadra formariam o espaço no qual seria construído o “centro cultural”. Havia uma grade em volta da quadra, mas a tela estava toda furada e enferrujada, só havia traves de um dos lados da quadra e as tabelas de basquete estavam sem aro e bem deterioradas. Os usos observados na quadra variaram entre práticas esperadas como jogar futebol até soltar pipas e adestrar cães, estando também algumas vezes ociosa.

Apesar do estado de conservação da quadra ela também foi referência para as crianças que frequentavam as aulas de Judô e de Origami. Procurava reconhecer quais espaços usavam, perguntava onde brincavam ou jogavam bola. Rapidamente respondiam “*no campinho*”. Em uma situação específica, em que formaram dois pequenos grupos para correr e tentar tirar a bola um do outro antes do início da aula de Judô, a bola, às vezes, chegava perto de mim, acabava chutando também e conversando um pouco com eles. Aproveitei para perguntar se tinham outro lugar para jogar bola. Um deles respondeu: “*aqui na frente*”; se referindo ao espaço aberto do Centro Comunitário; outro disse que “*não*”; a menina falou: “*tem uma lugar ali, mas tá tudo quebrado, fui uma vez só com o meu pai*”. Confirmei com ela se “esse lugar” era uma rua ou uma quadra, ela disse que era a quadra mesmo, não uma rua, e complementou: “*fora isso eu jogo na escola, eu não sou muito boa, mas gosto de jogar*”. Além da quadra, a rua também era citada como espaço para brincar.

Na conversa que tive com Ivone, quando perguntei sobre a comunidade e os espaços para as práticas corporais, ela disse que havia um terreno que seria o “centro cultural” e que já tinha a quadra. Fui perguntando para confirmar se era o mesmo que o “campinho”. Tratava-se do mesmo lugar. Ela explicou que ali onde havia aquela quadra era para ser um “centro cultural”, muitos diziam que a verba pra fazer esse projeto já tinha até saído, “*mas ninguém sabe para o bolso, a cueca ou a meia de quem esse dinheiro foi parar, por enquanto ficou só na quadra*”.

O espaço do Centro Comunitário era palco para as crianças brincarem, seja no tempo que aguardavam o início de alguma atividade, seja para aqueles que acompanhavam as mães e avós que iam buscar o leite distribuído gratuitamente ou que participavam das reuniões da Terceira Idade. Nas aulas de Origami as crianças chegavam sozinhas, apenas uma delas era trazida pela mãe. O tempo que os alunos aguardavam o início da aula nem sempre era dentro da sala. Em vários momentos presenciei a diversão e vi a criatividade deles ao brincar. Algumas vezes a brincadeira parecia briga, uma correria meio desordenada, em outros, os objetos que estavam disponíveis no espaço são transformados em artefatos que

davam mais “realidade” à brincadeira. Ao simular um combate, a menina pegava uma vassoura na mão, um menino um tubo de rojão estourado que estava no pátio e outro um galho de árvore seco. Com suas armas corriam um atrás do outro como se estivessem lutando. Passavam por mim e me cumprimentavam. Depois, Gabriel fez uma adaptação amarrando a dois pedaços de galho de árvore um fio de nylon, me perguntou para confirmar para o colega se aquilo não era um “muchaco”. Disse que sim, que ficou bem parecido, e ele tentou manuseá-lo com os movimentos como se fizesse uma apresentação.

O mesmo acontecia no Judô, a maioria dos alunos chegava sozinha, quando as mães traziam os filhos geralmente eram meninas e mais novas. As brincadeiras envolviam correr, jogar bola, subir nas árvores e muretas do terreno e mexer com os cachorros do Centro Comunitário, Flor e Capitão, que faziam uma dupla função, ao mesmo tempo em que protegiam o espaço também tinham que saber distinguir as pessoas que usavam o Centro Comunitário para permitir a entrada.

Nas situações em que as mães iam para as atividades e levavam as crianças junto, o mesmo acontecia. Na sala da Terceira Idade, ao lado da porta havia uma mesinha onde elas colocavam água e refrigerante. No meio da aula algumas crianças entravam, pegavam o refrigerante e voltavam para fora brincar. Brincavam de esconde-esconde, inclusive se escondiam dentro da sala, de bola, que repetidamente entrava na sala e logo uma criança aparecia para pegá-la.

As instituições educacionais da comunidade, como a escola de ensino fundamental e a ETEC, também se mostraram como possibilidades para as práticas corporais. As observações vieram dos comentários dos alunos sobre os campeonatos na escola, do uso da quadra aos finais de semana e da utilização do gramado da ETEC, que era transformado em quadra de vôlei. Por saber meu objeto de pesquisa, logo nas primeiras observações das aulas de Judô o professor me apresentou um de seus alunos. Dênis estudava na ETEC e, segundo o professor, em relação ao vôlei, ele era “*o xerife por lá*”. Perguntou como andavam as atividades e se ainda estava na organização do vôlei. Ele disse que na semana anterior havia acontecido a final de um campeonato. Na conversa que tivemos explicou que havia aula de Educação Física na sexta-feira, mas os jovens se organizavam para jogar vôlei em outros horários, como no intervalo ou depois das aulas, principalmente quando organizavam campeonato como foi comentado. Disse que treinavam na quadra de terra da ETEC, os jogos eram interrompidos quando chovia por causa da lama que formava no local, e que aos finais de semana também usavam a quadra da escola, conversavam com a diretora, e dividiam o espaço com outros grupos. Depois, quando iniciei a observação dos grupos Corporal e

Capoeira na ETEC vi uma rede colocada no espaço aberto ao lado do prédio na ETEC. O chão gramado já estava só na terra na parte que correspondia à “quadra”. A rede era sustentada por cordas amarradas nos postes de iluminação. Entendi o que Dênis quis dizer com a quadra de terra que usavam para treinar. O segurança informou que não havia nenhum outro espaço específico para aula de Educação Física na ETEC.

Sobre as atividades da escola, foi Gleison, um dos alunos do MOVA, quem contou que o professor de Educação Física organizava campeonatos internos e todas as séries participavam. Disse: *“o professor não quer ninguém parado em casa, vai ter vôlei para os meninos e handebol para as meninas”*.

Considerando esse quadro geral das práticas corporais na comunidade, é possível notar que, além das atividades oferecidas formalmente – Judô, Corporal e Capoeira – sua realização se dá em um contexto de vida mais livre da obrigatoriedade de horários específicos, da rigidez das turmas, de objetivos impostos e perseguidos a partir de um modelo considerado ideal de prática, seja ela voltada para saúde ou lazer.

Sobre as práticas corporais oferecidas no Centro Comunitário, um ponto a ser ressaltado é que, mesmo no Judô, onde há uma conotação de treinamento, percebe-se na atuação dos profissionais a presença dos aspectos educativos e sociais. Acredito que eles ganham destaque pela relação mais próxima entre os alunos, devido ao convívio na comunidade e à familiaridade que têm com o espaço do Centro Comunitário, e também pela forma com que questões do dia-a-dia perpassam cada encontro. Além disso, o modo como as pessoas convivem e se fortalecem nos grupos, mesmo que pequenos, também se mostrou um elemento importante. Os grupos poderiam nos ajudar a pensar as práticas corporais, que muitas vezes parecem destituídas das histórias de vida das pessoas e, por isso, podem parecer menos significativas ou desconectadas da realidade vivida. No entanto, o contexto da comunidade favorece o sentido da convivência e da sociabilidade, ao mesmo tempo em que o elemento educacional pode ser reforçado via as práticas corporais.

No estudo realizado por Beccalli (2012) em um Serviço de Orientação ao Exercício da cidade de Vitória no Espírito Santo, o autor destaca nos resultados que a participação nos encontros, em alguns casos, “constitui-se enquanto elemento mobilizador dos indivíduos e, sobretudo, enquanto elemento de produção de saúde” (p. 101). Há também uma valorização das ações que propiciam a aproximação entre as pessoas, do mesmo modo que os usuários creditam à professora status de amiga, sendo este também elemento importante para o convívio no ambiente. A percepção que os frequentadores do serviço têm em relação à saúde é considerada mutável, uma vez que ela pode variar segundo certas condições. Neste

sentido, Becalli (2012) remete-se à subjetividade, no sentido de “reconhecer que a saúde está muito mais atrelada aos sentidos e significados que o indivíduo atribui aos processos que vivência, do que ao que lhe é prescrito, ou seja, relaciona-se com a capacidade do indivíduo de agir e de ampliar essa margem de ação possível” (p. 101). O que reforça a necessidade de valorizar os significados e as relações que se dão na comunidade bem como aquelas que são vividas nos grupos de práticas corporais.

O trabalho de Stigger (2002) pode ajudar a compreender esse ponto, especialmente em relação às práticas que foram observadas informalmente. Em seu trabalho o autor teve como objetivo pesquisar o esporte além da sua versão oficializada, priorizando compreendê-lo segundo as *pessoas comuns*, por meio da experiência esportiva vivida como parte dos seus modos de vida. O esporte é entendido, então, como parte da cultura dos grupos em que ele está inserido, assumindo características específicas em cada um deles. Nesse sentido, Stigger (2002) observou que, mesmo sendo tão divulgado pela mídia e reconhecido como uma prática comum no espaço urbano, o esporte recebe valores, objetivos e formas de jogar diferentes quando são os praticantes em seu contexto específico que são considerados.

Disso decorre que é pouco provável que modelos e padrões de práticas corporais sejam aceitos e vivenciados em espaços distintos do mesmo modo. No caso da comunidade, é possível notar algumas particularidades.

Quando se olha para as práticas informais, a questão do contexto, da proximidade, não só entre as pessoas mas também com o espaço, ganha destaque. A liberdade com que as crianças usam o Centro Comunitário e circulam pelos espaços da comunidade, como a quadra e em especial as ruas de pouco movimento, permite que atividades como andar de bicicleta, soltar pipa e jogar bola sejam comuns. O espaço da rua já foi destacado por Damo (2007) não só como um espaço físico, mas também social e uma possibilidade de pensar, no caso o futebol, além da perspectiva hegemônica, em que há o componente da criação de seus praticantes. Tokuyochi (2006) destacou que as relações sociais presentes na rua favorecem a apropriação desse espaço público e a sua transformação, ao abrigar a prática do futebol, como espaço de convivência e de lazer. Esses aspectos permitiam também que, mesmo quando jogado à noite, a ideia da rua associada à insegurança não se fizesse presente naquele contexto, devido a uma proteção que era constituída pela rede de sociabilidade estabelecida onde “todo mundo se conhece”.

Assim, ao relacionar práticas corporais e comunidade, o espaço da rua continua sendo importante também pelas relações que acontecem em seu meio, pela sua ligação com o

lugar onde se mora. De acordo com Da Matta (1997) a “casa” e a “rua” são categorias sociológicas para os brasileiros, pois elas

[...] não designam simplesmente espaços geográficos ou coisas físicas comensuráveis, mas acima de tudo entidades morais, esferas de ação social, províncias éticas dotadas de positividade, domínios culturais institucionalizados e, por causa disso, capazes de despertar emoções, reações, leis, orações, músicas e imagens esteticamente emolduradas e inspiradas (p. 14).

Da Matta (1997) observa que “casa” e “rua” são colocadas de maneira oposta na “gramática social brasileira”, entretanto busca mostrar em seus estudos que não se trata de uma separação rígida e estática, a qual pode até mesmo interferir no modo como a sociedade brasileira e seus sistemas são entendidos. Para o autor, a relação que se estabelece entre “casa” e “rua” é dinâmica e relativa à medida que esses espaços se reproduzem em conjunto. Por exemplo, as características das ruas permitem que espaços possam ser fechados e/ou apropriados por um grupo, categoria social ou pessoas, tornando-se sua “casa” ou seu “ponto”, o que aproxima “o estar na rua” da sensação do “sentir-se em casa”.

Mayol (2008) também trata dessa ligação ao estudar especificamente a vida do bairro. O autor, no entanto, trabalhou com os termos “público” e “privado”. Estes seriam os elementos que dão a base para a formação do bairro e para a prática do usuário. Mas assinala que, no caso do bairro, “público” e “privado” não abrigam no sentido dos termos uma separação em si, mas uma “separação que une”, visto que eles coexistem e um perde o significado sem o outro. Assim, foi possível observar nessa pesquisa que “o bairro constitui o termo médio da dialética existencial entre o dentro e o fora” (p. 42). E é da tensão entre eles que aos poucos se instaura a apropriação do espaço.

Assim, se se deseja pensar as práticas corporais na comunidade, é preciso olhar para todo o seu entorno ou corre-se o risco de desconsiderar espaços e práticas importantes. Espaços como a rua e a quadra do bairro podem produzir sentidos e práticas que em outros lugares não seriam os mesmos, por exemplo, por não serem acompanhados da proximidade, da convivência e de uma apropriação mais efetiva do lugar onde se vive.

6.3 Aprendizagens com a comunidade

Neste item procuro destacar o que foi possível apreender da minha aproximação com a comunidade da COHAB na qual, além de procurar olhar de modo específico para as práticas corporais, busquei ter como referência o que a comunidade mostrava em seu modo de ser, na dinâmica das suas relações, que pudesse ajudar a compreendê-la melhor ao mesmo tempo em que oferecesse elementos para repensar as práticas corporais na sua relação com a saúde. Considero aqui todas as experiências propiciadas pelo período de observação, nos diferentes grupos, em situações pontuais, informais ou imprevistas, mas que ao serem postas como fios de uma mesma trama possibilitaram encontrar ensinamentos marcantes nos modos de ser da comunidade.

6.3.1 Práticas corporais e vida cotidiana

Ao longo do período de observação um aspecto foi ganhando destaque. Os exemplos surgiram nas diferentes atividades e também se repetiram em um mesmo grupo. A questão aqui levantada se refere à proximidade entre a realização e a participação nas diferentes práticas, corporais ou não, e a vida cotidiana, vinculada ao trabalho, ao cuidado com a família, limpar a casa e cuidar dos irmãos mais novos, especialmente nas atividades com crianças e jovens. Percebe-se que não há uma separação clara entre um tempo que é dedicado à realização de uma atividade específica e à vida que continua girando no entorno.

Assim, notei que não era possível “isolar” o olhar sobre as práticas corporais, mas foi preciso reconhecê-las mescladas a outras atividades do cotidiano. Foi nas aulas de Judô que os exemplos aconteceram com maior frequência. Em um dia em que o professor estava explicando a evolução das faixas e para qual cor cada aluno iria, disse para um deles que poderia ter passado para a faixa roxa, melhor em relação a que ele tinha conseguido, verde, porque não tinha participado de competições. O aluno, meio contrariado, respondeu: “*Como vou participar? De que jeito? É difícil, tenho que tomar conta da minha irmã*”.

Situação que, às vezes, era resolvida por outros levando os irmãos mais novos para a aula, para não terem que faltar. Um dia, notei um menino com idade por volta de três anos “assistindo” a aula, sem nenhum adulto por perto. Percebi quem era seu cuidador quando

o menino resolveu se levantar e sair do salão, imediatamente seu irmão, aluno do Judô que estava lutando, viu e pediu para o colega que estava parado “colocar ele pra dentro”. Continuou fazendo a atividade com seu parceiro, mas sua atenção se dividia entre a aula e a preocupação em olhar o irmão. O professor atento trouxe o pequenino para sentar-se perto dos alunos. Em outro caso, ficou claro que uma das alunas sempre levava duas meninas junto para a aula, sua mãe é quem tomava conta delas. Quando chegou sem as crianças, o professor perguntou: “*cadê as duas menininhas, não vêm hoje?*”, pergunta refeita por uma senhora um pouco depois. A aluna respondeu que não, e explicou que sua mãe não estava mais cuidando das meninas, por isso, não as trouxe junto.

Em outra situação foi a secretária do Centro Comunitário que ajudou uma vizinha trazendo seu filho para o trabalho. Era um menino de quatro anos e como estava acontecendo a aula de Origami, perguntou se ele poderia ficar ali. Explicou que uma vizinha teve que sair e não tinha com quem deixar o menino, contou que foi difícil trazê-lo, não queria deixar a mãe. Mas aí ele entrou, sentou-se do meu lado e a Sônia já trouxe papel e giz de cera pra ele. Logo se soltou, fez vários desenhos com giz, conversou, saiu da sala para ver as galinhas, foi ao banheiro e procurou Clara para dizer que estava gostando.

Na turma do Origami, especificamente, quem me surpreendeu foi Gabriel ao chegar em uma aula com um menino nos braços. Ele explicou seu atraso porque a mãe e a irmã precisaram sair e não teve com quem deixar o sobrinho, aí trouxe a criança junto para a aula. A professora orientou o aluno a colocar o menino em uma cadeira ao seu lado, mas ele quis continuar no colo do tio. Devagar a criança foi se soltando e sentou-se na cadeira. Ficou o tempo todo ali, quietinho, não atrapalhou nem a aula nem o tio dele. Perguntei a idade do menino. Gabriel que tem 12 anos respondeu que o sobrinho tinha dois anos. Essa situação se repetiu em mais duas aulas e o cuidado, carinho e tranquilidade que o jovem tio demonstrava para com o sobrinho se distanciava de outras aulas em que sobressaia certa impaciência e irritabilidade com outros alunos.

Ainda na turma de Origami, foi possível notar a mistura entre as coisas da casa e da família e o tempo da aula. Era comum as crianças saírem do Centro Comunitário para ver o que estava acontecendo com o colega em sua casa, buscarem algo que esqueceram e voltarem ou a presença de mães, que já sabiam onde encontrar os filhos. Em certo dia, a mãe de Paula apareceu no meio da aula. Sem pedir licença, chamou a menina pelo nome e perguntou onde ela tinha deixado uma certidão de nascimento, em tom agressivo. Já com a expressão retraída e antes mesmo que pudesse se manifestar, a própria mãe disse: “*você esqueceu em cima da*

geladeira né!”. Ficou brava com a menina e foi embora. Paula levantou-se e saiu atrás da mãe, e meio envergonhada voltou para a aula e sentou-se em silêncio no seu lugar.

Nos dias em que havia distribuição de leite, a movimentação da aula de Judô e da reunião da Terceira Idade também mudava seus ritmos. Os alunos, ao perceberem o barulho maior do lado de fora do salão, já sabiam que se iniciava a distribuição do leite. Alguns ficavam preocupados e agitados e rapidamente pediam para sair da atividade para ir pegar o leite da família. O professor os acalmava e pedia para alguma senhora para pegar o leite e deixar os saquinhos separados. As senhoras da Terceira Idade interrompiam as atividades e saíam, aos poucos, com uma sacolinha na mão para pegar o leite que era distribuído na sala ao lado, depois retornavam para o grupo.

Em outras situações ficava evidente a questão do trabalho. Um aluno, por volta de 10 anos, chegou um pouco atrasado em uma aula, mas muito animado. O professor passou exercícios de aquecimento para ele poder entrar nas duplas que já estavam fazendo a atividade e, enquanto isso, conversavam. O menino contou para o professor que depois da aula iria viajar para Piracicaba. O professor disse: *“que bom, você vai passear!”*. Com objetividade, o aluno respondeu: *“não, é a trabalho mesmo”*. Surpreso, o professor confirma: *“você vai trabalhar?”*. O aluno explicou: *“é que eu ajudo meu pai”*.

As situações de trabalho também foram evidenciadas no diálogo do professor com mães de alunos. Uma vez perguntou para uma delas sobre um dos filhos que não estava mais na turma, queria saber se ele continuava praticando. A mãe respondeu que ele estava bem, mas que agora só lutava quando chamavam para competir. O professor perguntou se a senhora avisou o rapaz que ele estava dando aula no Centro Educacional Unificado (CEU) em outros horários. Ela respondeu que sim, mas contou que o filho não foi porque começou a trabalhar. O professor insistiu, disse que tinha aula de sábado, mas a mãe informou que ele trabalhava aos sábados também. Então, o professor concordou que *“ai fica difícil”*. Em outro momento, perguntou à mãe do Dênis, que trouxe a filha para a primeira aula, onde ele estava, ao que ela respondeu carinhosamente: *“aquele danado tá limpando a casa”*. O mesmo menino que relatou ajudar o pai no trabalho foi questionado pelo professor se ele e o irmão ainda estavam frequentando as aulas de Jiu Jitsu na Vila Olímpica, e o menino respondeu que não. Explicou: *“a gente tá tendo que ajudar minha mãe em casa, enquanto as coisas não se ajeitarem...”*.

Na turma de Origami, os alunos conversavam sobre o horário que cada um acordava. Lucas contou para os colegas que acordava cedo todo dia porque tinha que arrumar a casa. Uma das meninas comentou, sugerindo que ela e a irmã também faziam o mesmo: *“mas a sua casa é menor do que a nossa”*. Já outra colega, Paula, saiu em sua defesa e disse:

“mas ele arruma tudo, a casa toda”. É também Paula quem faltou por ter que “trabalhar” em uma das aulas que conduzi a pedido da professora. Como moravam perto, eles sabiam dizer quem vinha para aula, quem ia chegar atrasado e quem não viria. Quando chegou o horário de início, perguntei para os presentes se sabiam dos outros alunos. Gabriel e Gisele me informaram que Elisa não viria porque estava doente e Paula porque *“estava trabalhando”*. Procurei confirmar a informação. A aluna explicou que ela teve que ajudar uma mulher, mas não soube explicar melhor. Em outro encontro confirmei com Paula o motivo da falta. Perguntei brincando se ela faltou porque não queria me ver, ela disse: *“eu tive que trabalhar, trabalhei dois dias”*. Perguntei se foi para ajudar alguém, disse: *“ajudei minha avó”*.

No grupo Corporal, as conversas com a mãe de um dos alunos também mostraram como os afazeres do dia-a-dia interferem na participação dos encontros. Algumas vezes ocasionando a falta, em outras acelerando ou deixando as tarefas para depois para poder ir ao grupo. Em uma situação em que chegou atrasada, explicou que quase não foi porque estava correndo com as coisas da casa, lavando roupa, que estava sem máquina de lavar e, por isso, estava com dor nos ombros por ter que torcer as roupas na mão: *“Mas o Tiago quis vir, aí eu nem troquei de roupa e viemos correndo”*. Em outro caso é a mãe de uma aluna cadeirante que explicou o atraso, porque estavam voltando de uma consulta, e que foi demorado para voltar devido à distância.

Pensar na relação entre práticas corporais e vida cotidiana não é uma exclusividade da comunidade. Segundo Heller (2008), “a vida cotidiana é a vida de todo homem. Todos a vivem, sem nenhuma exceção, qualquer que seja seu posto na divisão do trabalho intelectual e físico” (p. 32). Do mesmo modo, apesar da cotidianidade ser a parte mais substancial da vida do homem, não há quem a viva unicamente. A autora explica que a vida cotidiana é heterogênea e hierárquica. Ela é considerada heterogênea em relação aos tipos de atividade, no que diz respeito tanto ao conteúdo como ao significado ou importância dos tipos de atividade que exercemos. “São partes orgânicas da vida cotidiana: a organização do trabalho e da vida privada, os lazeres e o descanso, a atividade social sistematizada, o intercâmbio e a purificação” (HELLER, 2008, p. 32). A hierarquia da vida cotidiana é entendida no sentido de haver mudanças específicas entre as atividades segundo diferentes estruturas econômicas e sociais. A autora cita como exemplo o trabalho que, em certos períodos da história, foi o eixo central em torno do qual toda a vida se organizou e povos em que a atividade social e a contemplação ocupavam esse lugar. Assim, apesar de todos vivermos o cotidiano, este foi um aspecto marcante devido ao modo como se mostrou imbricado com as práticas do Centro Comunitário e nas relações vividas durante elas.

Neste sentido, percebe-se na comunidade certo destaque para a questão do trabalho e da distribuição de tarefas entre os membros da família, que se encontram misturadas mesmo nos momentos dedicados a uma prática corporal. As atividades do cotidiano como cuidar do irmão mais novo, limpar a casa ou ajudar os pais aparecem, senão em meio às atividades, nas conversas e histórias que alimentam a vida dos grupos. Aqui é preciso chamar a atenção para o cotidiano não no sentido de enaltecer a repetição. Segundo Pais (2003), o cotidiano não se reduz à “rotina”, à repetitividade, ideia que carrega consigo a associação com a alienação. O autor afirma que a realidade cotidiana não exclui o diferente, o inesperado, pois ela abriga também a inovação. Talvez seja um pouco dessa inovação que as pessoas da comunidade empregaram para driblar a rotina, mesmo que seja misturando seus afazeres com características de maior obrigação e responsabilidade com outras dedicadas à saúde, ao lazer e à aprendizagem de algo. O que se busca aqui é olhar para a vida cotidiana como uma característica notada nessa comunidade, que pode trazer implicações para a aderência às práticas e também para a forma como são vividas. E, ao perpassar as práticas, deve ser considerado pelo profissional como elemento de compreensão e orientação de seu trabalho. É necessário chamar a atenção para esse aspecto porque, segundo Martins (2008), há também uma tendência em vincular o cotidiano ao que é banal, indefinido, que não possui qualidade própria, nem história e, desse modo, pode passar despercebido ou não ser valorizado pelo profissional.

A mistura entre as práticas corporais e atividades da vida cotidiana sugere também os limites de uma busca “pura”, totalmente delimitada, sobre a relação das práticas corporais com a comunidade. Nesta linha, as observações remetem ao que nos fala Pais (2003) sobre a sociologia do cotidiano, na qual a aproximação com a realidade mostra que ela nunca se entrega totalmente, mas se insinua. Por isso, no seu reconhecimento são exigidos movimentos de imaginação, descoberta e construção. Reconhece, então, a impossibilidade da posse do real e é justamente essa consciência que viabiliza o entendimento de alguns elementos que transcorrem no cotidiano.

De tal modo, ao pensar no valor da vida cotidiana como objeto de conhecimento da sociologia, Martins (2008) acredita que ela tem se justificado como tal em função das desilusões propiciadas pela sociedade capitalista, tornando-se um modo de se resguardar de um futuro incerto, em que a História fica refém do capital e do poder. Neste sentido, ela tornou-se também

[...] o ponto de referência das novas esperanças da sociedade. O novo herói da vida é o homem comum imerso no cotidiano. É que no pequeno mundo

de todos os dias está também o tempo e o lugar da eficácia das vontades individuais, daquilo que faz a força da sociedade civil, dos movimentos sociais (MARTINS, 2008, p. 52).

É com base nessas ideias que o autor propõe a questão do conhecimento de senso comum na vida cotidiana. Pois diferente da visão que sobressai na perspectiva erudita, sendo algo desqualificado, falso, com erros e distorções, acredita que na vida cotidiana o homem pode descobrir a potência política e histórica. Além disso, entende que “o senso comum é comum não porque seja banal ou mero e exterior conhecimento, mas, porque é conhecimento compartilhado entre os sujeitos da ação social” (p. 54). Tudo isso o coloca como algo maior que do que ele tem representado na área acadêmica e da noção de repetitividade que imobiliza a vida das pessoas (MARTINS, 2008).

6.3.2 A dinâmica da comunidade

Na dinâmica da comunidade, as ações solidárias se fizeram notáveis não só por estarem presentes em todos os grupos observados, mas pela quantidade e diversidade de formas em que foram expressas, e também pelo significado e importância que demonstravam ter na vida das pessoas. Algumas eram mais pontuais e serviam principalmente para demonstrar o apreço entre pessoas. Outras mais duradouras, com cuidados e atenção mais frequentes, traziam implicações para o dia-a-dia. Outras ainda eram voltadas para ajudar aqueles que estavam passando por um momento difícil a superá-lo, lidar com os problemas ou para lutar por algo de bem para a comunidade. Envolviam ações de ajuda mútua ou daqueles que tinham mais condições no momento para ajudar aquele que precisava: orientando, rezando, até mesmo só ouvindo. Elas aconteceram entre pessoas mais ou menos próximas, como entre familiares ou entre vizinhos e colegas de grupo.

6.3.2.1 As relações solidárias

No grupo Hipertensão e Diabetes um exemplo veio dos cuidados e da percepção da necessidade de ajuda entre um casal. Em um encontro, a auxiliar comentou com o senhor

que estava doente, mas já em tratamento: *“o senhor precisa se cuidar, hein”*, ao que ele respondeu: *“então, diz pra ela cuidar bem de mim”*, se referindo à mulher que o acompanhava e que também havia vindo fazer exames. Ela, então, relatou uma situação vivenciada pelo casal em que tinha sugerido para o marido amassar a banana pra comer com aveia e que ele disse que não ia fazer porque dava trabalho, ia comer a banana inteira mesmo. Com o exemplo, a senhora considerou: *“olha, nós tamo no mesmo barco, com a mesma idade, com os mesmo problemas, por isso a gente precisa se ajudar, não dá pra um só encostar-se ao outro”*.

Em outro exemplo no mesmo grupo, a cada encontro a relação de amizade entre dois senhores me chamava mais a atenção. Seu João e seu José sempre chegavam juntos, com o primeiro servindo de guia para o segundo que era deficiente visual. Na sala a relação continuava com a conversa, também com outros colegas, principalmente de seu João que conversava com todos. Um esperava o outro ser atendido para voltarem para casa e havia a preocupação em saber os resultados dos exames de pressão arterial e de glicemia, para saber se estava tudo bem com o outro. Não sabia se eram parentes ou só vizinhos, de qualquer forma havia uma relação de cuidado interessante ali. No dia em que houve a atividade do “café da manhã”, também percebi que o senhor que acompanhava o que era cego, apesar de estarem sentados longe, continuava sendo referência para ele e sempre estavam conversando. Quando seu José queria mais alguma coisa, perguntava: *“oh João, o que que tem aí? Ainda tem coxinha?”*; E o outro respondia e pegava os salgados para ele, e também perguntava se queria mais alguma coisa: *“quer mais café? Ainda tem bolo. Não quer mesmo?”*.

O interessante é que a relação e a ajuda aconteciam de forma leve, natural, aliás, eram os dois que mais animavam a turma. Laís, que era estagiária na época, também notava a amizade entre eles e comentou comigo: *“eu acho muito bonita a relação do seu João com o seu José, acho muito bonito ver como o seu João cuida dele”*. Perguntei mais sobre eles para a estagiária. Disse que não são parentes, só amigos e que moravam perto. Como fazia as visitas domiciliares, notava que a ajuda também acontecia em outras situações do dia-a-dia, como com as coisas da casa.

O acompanhamento da reunião da equipe branca ao final do grupo de Hipertensão e Diabetes, propiciado pelo convite da coordenadora da equipe, também me permitiu conhecer um pouco mais sobre a ajuda entre vizinhos. No final de uma delas, uma moradora entrou na sala. Ela cuidava do senhor que uma ACS tinha relatado a pouco estar com o *“curativo certinho no pé”*. Essa senhora veio avisar que ele estava *“colocando uns mato no pé, umas erva”*. Disse que estava difícil porque ela ia lá fazer o curativo, depois o senhor

tirava tudo e colocava “*essas ervas*”. Elas programaram para fazer outra visita para conversar com ele.

Nos relatos das agentes comunitárias também pude perceber o modo como as pessoas da comunidade demonstravam apreço pelas profissionais e/ou gratidão pelo trabalho que realizavam. A forma de retribuir era oferecendo comida nas visitas domiciliares. Uma delas contou que comeu uma geleia de amora deliciosa que uma moradora fez e ficou até sem graça por querer repetir mais de uma vez. Outra falou que D. Terezinha sempre pedia para ela avisar quando iria fazer a visita para poder preparar coisas, mas nunca avisava, mesmo assim quando chegava na casa essa senhora arrumava “*um banquete*” pra ela e que já saía de lá “*almoçada*”. Outra concluiu que esse era o motivo pelo qual as agentes “*não conseguem emagrecer*”, e completou: “*imagina eu que já to aqui há onze anos!*”, e todas riram.

Muitas vezes, a solidariedade aparecia na forma da escuta, atenta e compartilhada, em alguns casos com perceptíveis manifestações de melhora, alívio e gratidão já ao final de uma simples conversa. Foram observados desabafos e pedidos de ajuda como os que presenciei enquanto conversava com a secretária do Centro Comunitário. As pessoas chegavam por algum motivo relacionado ao centro, como atualizar o cadastro para o programa “Leve leite”, mas rapidamente se iniciavam as conversas que expunham problemas familiares, situações de doença, pedidos para inserir o nome de pessoas nas orações da novena, geralmente para restabelecer a saúde. Ou nas aulas de Judô quando algumas mães conversavam no sentido de obter conselhos do professor, do mesmo modo que este sempre se mostrou preocupado com a vida dos alunos fora do período de aula e nas suas relações familiares. Por mais de uma vez, eu o ouvi perguntar para as crianças como estava alguma pessoa da família, se tinham feito “as pazes” com a mãe ou irmão. E ainda, no grupo da Terceira Idade em que a conversa durante as atividades era o fermento do grupo, pessoas que não estavam na atividade entravam na sala para contar algo, desabafar e depois saíam. Nesse grupo a ação não se restringia a ensinar algo, mas incluía a conversa e os incentivos. Em um exemplo, Rose sempre se aproximava de uma senhora que dizia ter mais dificuldade para bordar. Ela pegava a telinha de bordar e explicava e, ao mesmo tempo, continuava com os incentivos de que ela conseguiria fazer um bom trabalho. Ao ver a situação, outra senhora olhou pra mim e disse: “*aqui é assim, aula de artesanato e psicologia junto*”.

Nas observações também notei a importância do grupo. A participação nas atividades do Centro Comunitário se mostrava relevante não só para adquirir um conhecimento, realizar uma prática, mas para fazer parte de algo maior, como tantas vezes ouvi os alunos do grupo de Capoeira, apesar de já serem conhecidos, identificarem-se com

orgulho ao entrar na portaria da ETEC: *“eu sou da capoeira!”*. Ou na Terceira Idade, quando algumas senhoras iam para o grupo mesmo quando não estavam bem para realizar a atividade de artesanato. Em um encontro, uma senhora foi só para ficar com o grupo, sentou-se e depois leu uma revista; em outro D. Carmem chegou e cumprimentou a todas, depois se aproximou e contou que estava com *“uma gripe danada”*, por isso, não ia fazer nada naquele dia: *“vim só pra olhar e pegar o leite”*. Ou ainda nas observações pontuais que realizei nas aulas do MOVA. Gleison, um dos alunos que conversou comigo durante a observação, contou com alegria que os colegas da outra escola, pois ele também frequentava a escola regular, e outras pessoas conhecidas diziam que ele mudou e melhorou muito depois que começou a frequentar as aulas no Centro Comunitário. Ao ouvir, a professora sorri orgulhosa: *“é mesmo?! Que bom!”*. No mesmo dia, soube um pouco mais sobre Gleison na saída da aula quando conversei com a professora dele e a outra que trabalhava com a turma ao lado. As duas moravam na COHAB. As professoras observaram que nesse dia o aluno estava mais falante, sugerindo que a minha presença na sala poderia ter sido o motivo. Elas me explicaram que isso era normal, que *“ele fala bastante mesmo”* e que também tinha algum problema psicológico. A professora do menino esclareceu: *“ele tem uma história difícil... mora com a avó, sempre ficou muito sozinho”*; *“acho que o grupo foi bom pra ele porque ele se sente querido, tem com quem conversar, ele conta tudo o que acontece na vida dele na aula”*.

Além da relação entre o Centro Comunitário e a “igreja”, a questão religiosa também estava muito presente e vinha em forma de apoio aos colegas nas palavras de fé em Deus, nas intenções e pedidos de oração, na qual buscavam força para continuar e aceitar uma situação, ou nas organizações que envolviam atividades da igreja. São exemplos, quando uma senhora chegou quase no final da reunião da Terceira Idade, e ficou conversando com as outras, pois estava preocupada com uma vizinha que havia perdido um parente e não conseguia se conformar. D. Matilde deu seu relato, falou para as colegas que havia perdido a mãe que estava doente e o marido que “estava bom” na mesma semana, uns três dias depois do outro. Disse: *“ninguém vai viver pra sempre, todo mundo vai morrer, a vida é assim”* e outra mulher completa: *“Deus não dá a cruz maior do que a gente pode carregar”*. Em um caso mais grave, uma senhora que é do grupo, mas não estava na reunião, entrou na sala. Primeiro conversou com a Angelina sobre as atividades de encerramento do final de ano, mas logo começou a contar sobre um acidente de carro que envolveu adolescentes da comunidade, caso que o professor de Judô já havia comentado no início da semana. Explicou que não poderia ficar, pois só estava resolvendo *“umas coisas”*, pois uma das pessoas acidentadas estava em sua casa *“com a cabeça toda quebrada”* e também tinha perdido uma pessoa da

família nesse acidente. As mulheres conversaram com ela, mas depois disse que precisava ir embora, tinha que arrumar a casa porque a Clara do Centro Comunitário combinou de *“rezar um terço em casa, por tudo o que aconteceu...”*. O terço seria rezado no dia seguinte no final da tarde. As mulheres confirmaram a hora e o dia para irem rezar.

Em situações de aula, a religião também apareceu. Em um dia, uma mulher que estava ao meu lado disse: *“eu sou a menos inteligente da turma”*, no sentido de ter mais dificuldade para aprender e terminar os trabalhos. Mostrou a telinha bordada que fez e como estava o seu avesso, explicou que quem sabe fazer direito *“o avesso fica certinho”* e o dela estava cheio de *“arranjos”* para fazer dar certo o bordado de cima. Rose se aproximou para orientá-la e disse: *“você tem que dizer ‘eu sou abençoada’! Agradece a Deus e diz ‘eu sou abençoada’, e vamos fazendo”*. A mulher sorri e continua. Em outros momentos, uma delas levava música para aula. Geralmente, as canções eram do Padre Zezinho e versões religiosas interpretadas por cantoras como Simone e outros cantores. Nos pedidos de amigo secreto de Natal também apareciam livros religiosos e CD do Padre Marcelo.

Ainda no grupo da Terceira Idade, a oração se fez presente nos momentos de encerramento dos encontros. Ao final da aula acontecia o café, mas antes de iniciá-lo todos os presentes davam as mãos, uma delas fazia um agradecimento a Deus por estarem ali juntas. Depois, pediam por saúde e por casos específicos conforme o dia, como pedidos para aqueles que precisam de algo ou em agradecimento pela presença de pessoas que foram para a reunião inesperadamente, como um visitante, uma aluna nova ou alguém que não viam há muito tempo. Por fim, rezava-se um Pai Nosso e uma Ave Maria. As senhoras também chamavam para tomar o lanche quem estivesse por perto, como os filhos que acompanhavam as mães e ficavam brincando do lado de fora; Jorge e Fernanda, filhos da Regina, que moravam no Centro Comunitário; e Ricardo que sempre estava “passeando” por ali.

Outras relações solidárias também foram observadas. O próprio café do grupo, que acontecia ao final de todo encontro, era preparado com a contribuição de todas. Perguntei para a coordenadora se elas combinavam quem iria levar as coisas em cada dia. Ela explicou que o certo era *“comprar alguma coisa com o dinheiro da caixinha e trazer, mas não adianta falar que toda semana elas trazem comida ou bebida para o lanche”*.

Também em uma reunião da Terceira Idade, D. Matilde entrou na sala e disse: *“boa tarde pessoal, hoje eu trouxe uma amiga pra ficar aqui com a gente”*. Era D. Lurdes, uma senhora que sempre via no grupo de Hipertensão e Diabetes. Estava a caminho do Centro Comunitário quando a encontrou indo para sua casa, aí em vez de voltar, ela a trouxe junto. O grupo a acolheu prontamente. Algumas já a conheciam, outras vão percebendo aos poucos sua

dificuldade, ela não ouve direito e, como explicou D. Matilde, também tinha síndrome do pânico e, por isso, às vezes, ela começava a gritar e precisava ficar abraçada com ela para se acalmar. Quanto mais percebiam as dificuldades da senhora mais davam atenção: queriam arrumar um lugar para ela se sentar próxima de todas, perguntavam o que ela queria fazer, deixaram-na escolher os panos com que preferia trabalhar. Interessaram-se pela sua história e várias vezes perguntaram quantos anos ela tinha e se vivia sozinha. A dinâmica do grupo passou a girar em torno da D. Lurdes. D. Matilde contou um pouco da história dela. Estava com 85 anos e teve muita vontade de aprender a ler e escrever, mas seu pai não deixava porque não tinha dinheiro para o material. Ela tem um filho, mas ficava a maior parte do tempo sozinha, por causa do trabalho. D. Matilde passou a ser sua companhia, é quem a ajuda com muitas coisas, inclusive nos cuidados com a saúde. Convidaram D. Lurdes para vir toda quarta-feira. Então, D. Matilde falou que não poderia vir toda quarta; perguntaram, então, onde ela morava para tentar escalar quem poderia trazê-la, se ela quisesse. Em vários momentos as mulheres elogiavam D. Matilde e diziam que ela era uma pessoa muito boa, falavam da paciência que tinha com a senhora. Depois, disse para nós: *“eu não tenho mãe e ela não tem filha... aí a gente se adotou”*. Rose se aproximou de mim e falou: *“é isso, nós temos que se ajudar, não sabemos o dia de amanhã né”*.

Até mesmo em momentos de lazer e descontração, como nos bingos organizados todo final de mês pelo grupo da Terceira Idade, foi possível notar a preocupação e o apreço pelo outro. Em um deles, enquanto não começava o bingo e, depois, durante toda a primeira rodada, as mulheres falavam das prendas, do prêmio mais cobiçado que era um tapete, feito por uma delas, de *patchwork*. Todas queriam bater logo na primeira para poder escolher o tapete. Mas o interessante foi que a ganhadora da primeira rodada era justamente a senhora que fez e doou o tapete para o bingo. Todas dão risada da situação, mas ela gentilmente não pega o tapete de volta, deixa na mesa para que outra pessoa possa escolhê-lo. Em outro dia, D. Jandira estava meio desanimada, pois não conseguia ganhar, dizia: *“parece que é fácil ganhar, mas não é fácil não!”*. Então, já em uma rodada final ela jogou mais uma cartela e uma moça que estava ao seu lado foi ajudando-a para não deixar de marcar nenhum número. Foi ela quem viu que D. Jandira já tinha batido sem perceber, disse: *“já bateu D. Jandira! Já bateu!”*. Angelina conferiu os pontos e estava certo. Mas apesar de ter manifestado o desejo de ganhar um prêmio, o interessante foi que ao recebê-lo, D. Jandira, sem hesitar e com um sorriso no rosto, deu seu prêmio para a colega que a ajudou.

Além do bingo que acontecia na última semana de cada mês e do encerramento do final de ano, algumas senhoras me convidaram para participar do bingo organizado pelos

blocos de prédios em que moravam. Agradei o convite, mas não poderia estar presente na data. Disseram que os prêmios seriam muito bons. Perguntei como organizaram a atividade. Joana explicou que os moradores se juntavam para contribuir com R\$60,00 por bloco para comprar prendas e cartelas, e que o bingo seria no salão de festas do conjunto.

Nos grupos Capoeira e Corporal a relação entre os participantes já chamava atenção pela forma com que crianças, adultos e idosos se tratavam e realizavam as atividades em igualdade, não só entre as idades, mas principalmente pelas condições de cada um. Mas o cuidado entre eles também aparecia em outras situações, como na relatada por uma estagiária da Terapia Ocupacional, em que uma senhora se aproximou de Ricardo para saber se estava tudo bem. Ao final da aula, por volta das 15h30 da tarde, ela contou: *“vocês ouviram a D. Maria? Então, ela perguntou para o Ricardo se ele já tinha almoçado e ele disse que não. Aí ela falou para ele passar lá na casa dela para almoçar que ela ia dar comida para ele”*. Ficaram felizes e admiradas com a atitude da senhora.

No final do ano, a terapeuta ocupacional convidou a todos para participar da festa de encerramento que aconteceria na UBS. Esclareceu que todas as pessoas são convidadas e que realizam várias atividades nesse dia – bingo, apresentação de capoeira, dança – mas que o mais interessante era que *“todo ano acontece o milagre da multiplicação dos pães”*, porque apesar de convidarem várias pessoas, estenderem o convite aos usuários, sempre há muita comida e nunca faltou nada.

Na turma de Origami a organização dos alunos propiciou que eu participasse de duas festas. Isso porque sempre que algum colega fazia aniversário, a turma preparava uma festinha. A professora ajudava com os ingredientes, mas quem fazia o bolo era uma das alunas de 13 anos. A aula começava às 9h00 e ela, com a ajuda do irmão, levavam o bolo ainda quente para aula. Sônia valorizava a iniciativa deles de fazer as festinhas de aniversário, considerava isso muito bom porque demonstrava que *“eles tem ego, porque quem não tem não quer comemorar o seu dia”*. Dizia: *“são eles que se organizam”*. Achava que por isso e por estarem ali no grupo *“de algum modo eles estão querendo também se desenvolver socialmente”*.

A preparação da sala acontecia antes do início da aula. Em uma das festinhas, eu e a professora fomos surpreendidas ao chegarmos mais cedo e na sala já estar Paula sobre uma cadeira tentando colocar na lousa um enfeite de “feliz aniversário”. Ela também já tinha unido quatro carteiras para fazer uma mesa maior com duas toalhas, uma verde e outra branca, para colocar o bolo. Eles já têm as toalhas que a mãe de uma das alunas deu para usar em dia de festa. Depois, Paula começa a encher bexigas, amarrava uma na outra para fazer um arranjo,

eu a ajudei a colocar as bexigas e os dizeres na lousa. O aniversário era de uma menina que completava seis anos. Ao poucos foram chegando os outros, menos Luciana e Lucas que chegaram um pouco atrasados porque, como avisou um deles, estavam terminado a cobertura do bolo. No momento da festa, depois da aula, foram os próprios alunos que deram os copos, cortaram o bolo e o distribuíram. No final Luciana e Lucas cortaram o que sobrou em pedaços maiores, embrulharam em papel toalha e deram para cada pessoa, inclusive para mim, para a professora e a secretária do Centro Comunitário. Voltaram com a bandeja vazia pra casa, levando apenas com um pedaço igual ao dos outros.

No Dia das crianças também foram eles que levaram saquinhos com bala para distribuir. Lucas e Paula escreveram o nome de todos em papeizinhos para sortear os saquinhos de bala que trouxeram de casa. Conforme sorteavam os nomes, entregavam os saquinhos e o mais interessante era que o sorteio era só para ver quem ganhava primeiro, pois havia saquinho para todos.

Um último exemplo aconteceu também no dia que estava na secretaria conversando com Clara. Um morador pediu licença e ela deu atenção ao rapaz. Ele veio perguntar se ela aceitava uma doação de livros, pois a empresa onde trabalhava estava se dispondo de livros e ele havia sugerido o Centro Comunitária para fazer a doação, por causa das aulas do MOVA. Ela aceitou e disse que iria aproveitar para substituir livros que já não estavam mais em condições de uso. O rapaz ficou de entregar os livros no Centro Comunitário.

Esses são alguns exemplos que a comunidade dá em seu modo de ser que nos ensina mais sobre a ajuda mútua e as ações solidárias. São essas ações que podem reforçar os vínculos que, segundo Bauman (2003), definem e mantém uma comunidade. Elas foram observadas dentro de um contexto natural, sem o peso de ajudar por obrigação, talvez pelo reconhecimento do qual nos fala Hoggart (2001) em que a necessidade de formar um grupo deriva das dificuldades da vida e a solidariedade é reforçada pelo fato de que muito poucos terão ocasião de abandonar sua condição de vida. Isso forma um ciclo de trocas, pautado no que disse Rose: *“hoje ajudamos, amanhã talvez seremos nós que contaremos com a ajuda de alguém”*.

A ligação entre comunidade e relações solidárias é apontada tanto por autores clássicos da Sociologia, como Tönnies (1973), Fichter (1973), Wirth (1973) MacIve e Page (1973) bem como por autores contemporâneos, como Bauman (2003) e Guareschi (2000). Dentro dos limites impostos por essa pesquisa, é possível afirmar que também na comunidade COHAB Raposo Tavares isso está presente. Nesse caso específico essas relações aconteceram

por meio da ajuda mútua, do apoio social, da questão religiosa e do desprendimento. Estas questões estariam relacionadas também ao que Hoggart (2001) observa sobre os vínculos entre as pessoas e os sentimentos comuns presentes na relação de boa vizinhança. Nela os vizinhos não só têm consideração uns pelos outros, mas também estão prontos para dar ajuda.

Entretanto, o modo de vida atual não faz dessas ações uma situação comum. Autores como Bauman (2003) e Martins (2008) chamam a atenção não só para a questão do isolamento, do aumento da individualidade, mas também para a transitoriedade e efemeridade das coisas, da sensação de insegurança e falta de controle da própria vida que, por conseguinte, afetam as relações e podem trazer reflexos também sobre a saúde das pessoas. No entanto, o modo como tudo isso se faz presente dificulta a nossa própria percepção e compreensão desses processos. Para Sennet (2007), por exemplo, “o que é singular na incerteza hoje é que ela existe sem qualquer desastre histórico iminente; ao contrário, está entremeada nas práticas cotidianas de um vigoroso capitalismo”.

Brach e Almeida (2006), fundamentados em Bauman, alertam que este cenário também se reflete na Educação Física. Os autores observam, por exemplo, que o enfraquecimento de instituições públicas devido à força dos mercados de consumo e financeiro traz consequências e reforça a ideia das práticas corporais também como mercadoria ao invés de promovê-la como elemento importante para a formação do cidadão. Nesse contexto, o contraponto que se observa nas relações comunitárias, como apoio social e religiosidade, ganha força como suporte para lidar com essa situação.

A questão do apoio social é distinguida por Valla (1999, 2001) como importante na manutenção e na recuperação da saúde e até mesmo na prevenção. Por meio de diferentes ações, entre elas informações faladas, escuta, auxílio material, se revertem em benefícios tanto para quem oferece como para aquele que recebe ajuda. No caso do estresse, Valla (2001) explana que o apoio social tem a função de mediar determinada situação, como a perda de alguém da família, abrindo uma possibilidade para a pessoa lidar e passar por ela sem adoecer. Tipo de apoio que pode ser observado durante a pesquisa. Essas ações ganham mais sentido, à medida que o autor considera “que a sensação de não poder controlar a própria vida juntamente com a sensação de isolamento podem ser relacionados com o processo de saúde-doença” (p. 44).

No caso da espiritualidade bem como a religião, de acordo com Valla (2001), elas estão entre os diferentes caminhos utilizados para lidar com as dificuldades da vida, especialmente pelas classes populares, e também se relacionam com as questões de saúde e doença. Segundo o autor,

Certamente uma das grandes surpresas reservadas à humanidade no século XX foi o ressurgimento da religião no mundo inteiro. Coincidência ou não, manifesta-se também na segunda metade do século um desencantamento com o que se conhece como medicina *high tech*. E, nesse sentido, começa a voltar a cena uma complementaridade que existia durante grande parte da existência da humanidade, que é a religião com a saúde (VALLA, 2001, p. 56).

No caso da comunidade COHAB Raposo Tavares, a religiosidade é marcante tanto na própria construção do Centro Comunitário como nas relações que acontecem no dia-a-dia entre as pessoas que o frequentam, fortalecendo a solidariedade entre o grupo. O estudo de Carvalho (1999) também identifica a religião como um elo que liga não só pessoas de um mesmo bairro, mas também de outras regiões que se unem para fazer a festa de Nossa Senhora Achiropita. Nos relatos dos participantes estão presentes sentimentos de solidariedade e doação, de pertencimento senão de uma comunidade local de uma comunidade que faz a festa, onde apesar das diferenças (idade, origem, profissão, local de residência...) sobressai-se o “espírito coletivo”. Festa que representa a possibilidade de “fazer uma vida melhor” não só para outros que se beneficiam, por exemplo, das doações a partir da arrecadação, mas também para aqueles que a fazem, entre trabalho e lazer, e reconhecem nesse envolvimento grande satisfação, como mostra o depoimento de uma das senhoras que participava da organização da festa:

Então, não é que você agrega uma porção de pessoas que vão entrar na barraca e vender, não é isso. O que a gente tenta passar é o espírito de trabalho, trabalho de comunidade, trabalho de grupo, é realmente o objetivo maior de trabalhar assim [...]. [...] É um trabalho que quando termina você está tão gratificada que você fala que valeu a pena. (CARVALHO, 1999, p. 93-4).

Esses são elementos de destaque por reforçar a questão da comunidade como contraponto ao modo de vida na modernidade, com relações e práticas cada vez mais individualistas, incertas e marcadas pelo consumo. Situação também presente na área Educação Física onde, por exemplo, encontram-se tipos de “mercados” em que o consumo não está mais atrelado apenas a produtos – aparelhos de ginástica, vestuário esportivo, entre outros – mas também a informação relativa aos benefícios de determinado tipo de atividade física, como designou Fraga (2006) do “mercado da vida ativa”. Assim, as práticas corporais, os grupos e as relações entre os moradores são, de certo modo, ensinamentos e alertas que sugerem que existem outros modos de ser em relação ao que temos visto de modo geral e que pode ser considerado também pelos profissionais de saúde como algo potencial a ser estimulado quando pensamos nas práticas corporais e na saúde.

6.3.2.2 Divergências

Considerando os resultados apresentados até o momento, é preciso pontuar que as divergências também fazem parte do cotidiano da comunidade, o que não desvaloriza as observações anteriores, pois há uma maneira de lidar com elas, que não anula a continuidade da convivência. Pode haver um desentendimento, uma diferença mais acalorada de opinião, ou até mesmo as brigas e implicações entre as crianças, mas que não interferem no momento seguinte, não geram o rompimento do próximo encontro.

Na turma de Origami, ao mesmo tempo em que havia entrosamento entre as crianças, havia também discussões e brigas que aconteciam durante toda a aula, porém em nenhum dia as atividades propostas pela professora deixaram de ser realizadas. Alguns deles se “estranhavam” com mais frequência. Os alunos mexiam uns com os outros, às vezes, sem motivo algum aparente, outras vezes até se batiam, e também faziam brincadeiras ofensivas. Na realização das atividades, às vezes, depreciavam o trabalho do colega, o que gerava motivo para mais brigas. Em um exemplo, o menino mais velho mexeu com uma das meninas que em determinado dia chegou atrasada, e falou: *“você chegou tarde, veio só para comer”*, pois em toda aula a professora trazia um lanche para os alunos. Ela ficou muito magoada e chorou na sala. Sônia não chegou a repreender o menino, tentou lidar com a situação sem reforçar o desentendimento entre eles. Mas foi possível perceber que a menina sentiu-se ofendida como se não tivesse o que comer em casa, na sua forma de reagir ficou sem tomar o lanche naquele dia, não pegou o pão e nem bebeu o suco. Outro exemplo aconteceu no dia em que sumiu um lápis, quando houve acusações e ofensas entre dois meninos, que transcorreram por mais de uma aula.

Em um dos dias em que os alunos fizeram festinha de aniversário, a professora elogiou as crianças e a organização que tiveram. Disse para Paula, a que chegou mais cedo para enfeitar a sala: *“só faltou uma coisa para você ficar ainda melhor”*, e antes que dissesse o que era, Paula respondeu: *“é a educação né? Só não dá pra melhorar com o Gabriel, se ele mexer comigo eu mato ele...”*. Quando Sônia tentou corrigi-la, ela mesma disse que o tom não era “matar” de verdade, mas um modo de dizer.

Apesar disso, eles se atentavam às atividades aos poucos, quando víamos estavam fazendo as dobraduras, escrevendo ou pintando de acordo com o tipo de atividade. Conforme o tempo passava e as tarefas terminavam, voltavam a brincar/mexer um com o outro. Entretanto, independente do desentendimento do dia, na outra semana eles estavam lá,

sabendo quem vinha e quem não vinha para a aula, voltando para trás para chamar quem eles achavam que ainda estava dormindo, fazendo as atividades e demonstrando afeto pela professora.

No grupo da Terceira Idade, as divergências também apareciam. Em um encontro a turma recebeu a visita de uma senhora que já teve o papel da Rose, como “professora” de artesanato. Ela perguntou para uma das senhoras quem ensinou um certo trabalho de bordado. A senhora respondeu: *“aqui uma ensina a outra”*, no sentido de que vão fazendo juntas e não sabia dizer o nome de uma pessoa especificamente. Começaram a lembrar de outros momentos da aula de artesanato. Esta “ex-professora” contou que parou de vir por causa de divergências entre ela e outra pessoa. Sugeriu que houve um desentendimento como se ela recebesse pelas aulas, mas disse: *“nunca ganhei um centavo, e não era por dinheiro que eu vinha aqui”*. Mas achou chata a situação e saiu, para não parecer que ganhava alguma coisa. Contou que em uma época a prefeitura dava dinheiro apenas para compra de materiais que eram usados para a confecção dos trabalhos.

Na atividade de final de ano, com bingo e amigo secreto, as divergências também apareceram. Quando começaram a organizar o amigo secreto e decidir como seria a atividade de 2011, as senhoras primeiro consideraram os acontecimentos dos anos anteriores. Os principais problemas eram pessoas que davam o nome e depois *“furavam”*, não apareciam no dia; outras que demonstravam não gostar do presente recebido, entre outras coisas que causavam certa decepção. Lembraram daquelas que por algum motivo mudaram o jeito de ser e estavam *“tratando mal as pessoas”* ou *“de nariz empinado”* e, por isso, não deveriam ser convidadas. Chegaram a cogitar em desistir, pelos problemas anteriores e por não haver muitas pessoas no dia do sorteio dos nomes. Pensaram em fazer só a festinha, mas logo uma delas se posicionou: *“se tem gente querendo, e já somos poucos, vamos puxar esse fio e continuar”*. Outra disse: *“vamos brincar, eu quero brincar, se não der certo a brincadeira o ano que vem a gente não faz”*. Rose e Joana insistiram para que eu entrasse: *“vai ser nosso último encontro e você tem que participar”*. Concordei com elas e entrei na “brincadeira”. Minha amiga secreta era D. Carmem, curiosamente era a mesma senhora que uma vez perguntou se poderia me dar um abraço ao se despedir em um dos encontros.

O bingo, o amigo secreto e a festinha aconteceram e, é claro, houve brincadeira, conversa, alegria, e, como haviam previsto, certos desentendimentos. O primeiro deles ocorreu quando uma senhora quis interromper o bingo para iniciar o amigo secreto e *“os comes e bebes”*, pois ela tinha que ir embora. A coordenadora ficou chateada e disse que seria melhor terminar o bingo, senão o pessoal iria embora depois. Houve um burburinho, umas

concordaram, outras disseram para dar os presentes e depois voltar a jogar. Enfim, o clima de confraternização foi quebrado. Angelina deu um guardanapo à senhora que queria ir embora para que ela pegasse o que quisesse comer para levar e o bingo seguiu. Ela pegou e disse que iria comer ali, pois pelo que pareceu ela era diabética e não poderia ficar mais de duas horas sem comer.

Depois, o motivo do desentendimento foi o número de participantes de cada rodada do bingo. Angelina disse: *“tive tanto trabalho para organizar e agora as pessoas não participam, querem ir embora”*. Achou que em uma rodada só três pessoas tinham participado. Joana e Rose discordaram e relembram quem participou. Começou uma nova confusão para conferir os participantes de cada rodada e anotar novamente. Envolveram-se mais efetivamente nas atividades as pessoas que realmente faziam parte do grupo da Terceira Idade semanalmente, e talvez, por isso, tenha havido alguns desentendimentos.

As divergências também apareceram em relação à participação, algo evidenciado nas falas da Clara sobre as atividades oferecidas no Centro Comunitário em que há pouco interesse ou, então, naquelas organizadas para ajudar a comunidade, como no exemplo da feirinha com os produtos doados por um supermercado. Neste caso, ela relatou que, apesar de todo o trabalho que tinham para buscar os produtos e montar uma vez por semana uma “feira” no salão, havia reclamações e desconfiança de que os produtos melhores eram escolhidos antes que a comunidade pudesse vê-los.

Assim, observa-se na comunidade, apesar de sobressaírem as relações de proximidade marcadas também por diversas ações solidárias, certas divergências e pequenos conflitos, alguns decorrentes da própria experiência de estar junto ou de colocar em prática uma atividade ou evento organizado por um grupo. Divergência também quando, por exemplo, se oferece uma atividade ou um serviço e a comunidade se recusa a participar.

O tempo vivido em meio à comunidade COHAB Raposo Tavares não me permitiu afirmar que essa é uma característica marcante sua, mas me remeteu ao que Hoggart alertou como “uma má interpretação dos modos de ser da comunidade”. Os conflitos e as divergências resultam da própria dinâmica da vida no bairro em que a opinião dos vizinhos tem uma importância relativamente maior a que é atribuída em outros lugares, pois é possível observar e ser observado com mais intensidade e, nem sempre, as conclusões a que se chega refletem uma situação verdadeira (HOGGART, 2001).

As “brigas” entre as crianças do grupo de Origami e as divergências entre as senhoras da Terceira Idade, especialmente nos eventos de final de ano, corroboram mais uma vez as observações de Hoggart (2001), agora em relação ao grupo não gostar de ser

escandalizado ou de ser atacado por um dos seus próprios membros. Espera-se um comportamento em que prevaleça certo entendimento como bem maior do grupo, onde uma mudança como deixar de falar ou cumprimentar o outro, assumir uma postura de superioridade ou de “indiferença” perante o grupo, é tida como agravo ou ofensa.

Neste sentido, Mayol (2008) observa que na organização da vida cotidiana estão presentes dois aspectos fundamentais: os comportamentos e os benefícios que se espera obter dos mesmos, que se tornam visíveis e ganham sentido no espaço social do bairro, pois é nele que ocorre a repetição e a convivência entre aqueles que estão próximos. A regulação desses aspectos se dá por meio do conceito de *conveniência*. Esta seria, “[...] no nível dos comportamentos, um compromisso pela qual cada pessoa renunciando à anarquia das pulsões individuais, contribui com sua cota para a vida coletiva, com o fito de retirar daí benefícios simbólicos necessariamente protelados” (p. 39). Assim, há uma aceitação de “contratos sociais” para que a vida cotidiana seja possível.

Entretanto, acredito que os conflitos e as desigualdades observadas estariam dentro dos limites ditos por Tönnies (1973), isto é, que não acarretariam uma “desintegração” da comunidade, mas fariam parte do seu contexto. Para Sennet (2007), nas relações onde os laços são fortalecidos, o tempo faz com as pessoas lidem com suas diferenças e, neste sentido, o conflito também ensina a ouvir e a responder uns aos outros diante do que não é consenso.

6.3.2.3 Oferecer, pedir e aceitar ajuda

As ações solidárias expressas no convívio dos moradores também envolveram outro tipo de atitude que não se restringe a ajudar o outro, mas inclui também a aceitar e pedir ajuda, de reconhecer que o outro pode contribuir com o grupo e isso não representar um constrangimento. Nesse sentido, dilui-se a ideia do “privilegiado” que estaria em uma posição melhor e por isso pode ajudaria quem necessita. Além disso, percebia que a ajuda solicitada era para melhorar algo, favorecer uma ação futura e não no sentido de favorecer a si próprio.

Um exemplo veio do grupo da Terceira Idade. Nas atividades de artesanato que eram realizadas toda quarta-feira, não cheguei a presenciar nenhum momento que as caracterizasse como uma aula, no sentido de alguém estar ensinando e os outros aprendendo. A produção era feita em pequenos grupos e individualmente, o mesmo acontecia para

dúvidas, orientações e ensinamentos, cujas consultas eram feitas a colegas ao lado, que podiam dar uma explicação ou uma sugestão para criar algum novo.

A forma como fui recebida no primeiro dia de observação da reunião exemplifica isso. Ao entrar na sala, Rose falou: *“olha ela aí, ela veio!”*, como se estivesse esperando minha chegada. Aí Angelina comentou: *“eu tinha esquecido de dizer que aqui a ‘professora oficial’ é a Rose, e não eu”*. Rose completou: *“aqui todo mundo ensina o que sabe para a outra, uma explica uma coisa, uma ajuda aqui, a outra lá, e assim vai”*. Dizeres que foram confirmados no decorrer das observações. Em um exemplo, Angelina sentou-se e começou a fazer tricô, enquanto outras estavam cortando tecido, outras na máquina de costura, outras terminando um trabalho iniciado no encontro anterior. Uma das senhoras se aproximou e perguntou para ela: *“o que você tá fazendo?”*. Ela respondeu: *“tô adiantando o sapatinho que você vai me ensinar a fazer”*. Todas riram.

Também pude perceber essa situação em relação à minha presença em alguns grupos. Ao invés de sentirem receio e se distanciarem com minha presença, fui prontamente escalada, como na turma de Origami, para contribuir com o grupo. Sônia, a professora da turma, me colocou numa posição ativa. A postura de pesquisadora que se senta em um canto, abre seu diário de campo e toma notas foi rapidamente deixada de lado para interagir com as crianças, aprender a fazer dobraduras e outras “artes”, muito mais do que ensinar. Logo na primeira observação, a professora pediu para que eu ajudasse com a distribuição das folhas, depois disse: *“eu sou assim, pra tudo eu peço ajuda, parece que eu nasci grudada com alguém, sempre fazendo as coisas junto”*. Mas logo depois me chamou para fazer dobradura: *“vem fazer também, é bom”*. Eu disse que não sabia, ela me orientou a sentar perto do Gabriel, e pediu para o aluno me ajudar. O menino, que minutos antes estava com a expressão fechada por causa de uma divergência com um colega, se dispôs imediatamente a me ensinar e o fez muito bem.

Pela minha formação, durante o semestre também fui solicitada pela professora para contribuir em momentos específicos, como no Dia das crianças, oferecendo uma aula com atividades recreativas e, depois, mais para o final do ano, conduzindo a turma em um dia em que ela precisou se ausentar por motivo de saúde, mas que não gostaria de deixá-los sem aula. No caso do Dia das crianças, segundo a professora, sua intenção inicial era trazer uma cama elástica para o Centro Comunitário, porém ao levar a ideia para a secretária, ela disse: *“estamos em uma comunidade, se for pra um é pra todos, se trouxermos algo teremos que deixar que todas as crianças da COHAB participem”*. Então, ela ficou com receio de não ter condições adequadas para propiciar essa atividade para a comunidade.

Dessas experiências de atuar com o grupo, outros pontos chamaram a atenção na relação entre as crianças, que tinham idade entre cinco e treze anos, notados por mim e também pela professora. Sobre as atividades do Dia das crianças, ela comentou que ficou muito feliz de ver como elas se envolveram, participaram e, ao mesmo tempo, não excluíram as menores, na verdade cuidaram delas. Houve uma preocupação entre elas de favorecer a participação de todas, especialmente incentivando as mais novas e auxiliando para que realizassem as brincadeiras. Não houve reclamação por terem que “ir mais devagar” por causa das crianças mais novas e nem brincadeiras ofensivas.

O professor da turma do Judô também se mostrou preocupado não só em contribuir com o meu trabalho, dando informações sobre a Vila Olímpica Mário Covas⁶³; apresentando-me para pessoas da comunidade; e até mesmo sugerindo possibilidades de emprego se disponibilizando a pedir informações para colegas que trabalhavam em outras instituições, como o SESI; mas também em valorizar trabalhos que atendem outras comunidades. Fui convidada para conhecer o CEU do bairro do Butantã e o trabalho que realizava com crianças e adolescentes, no qual o diferencial é ser aberto a toda a comunidade e não só para quem estudava lá; ver apresentações de artes marciais e competições. Além disso, compartilhou comigo um pouco do “jeito de ser” da relação que tem com os alunos ali da COHAB. Em certo momento, sua preocupação é com uma aluna que estaria precisando de orientação sexual. Como sabia que eu tinha uma ligação com a UBS, pediu informações para saber se havia algum atendimento nesse sentido. A partir daí entrei em contato com as agentes comunitárias do território para saber como proceder e passei as informações para o professor. Por essa e outras situações comentadas, notou que: *“por ser professor eles acabam contando as coisas, ‘viramos psicólogos’”* e que, às vezes, *“não há orientação em casa por parte dos pais”*. O professor assumia um pouco esse papel de mediador entre os problemas dos alunos.

No grupo da Terceira Idade a troca de contribuição também aconteceu, muito menor da minha parte em comparação a todo o apoio que recebi, especialmente da coordenadora do grupo. No segundo dia de observação, Angelina conversou comigo, falou do espaço do parque e disse que seria interessante se no final da pesquisa eu pudesse fazer uma aula com a turma, para dar orientações sobre a caminhada. Aceitei a proposta e me dispus a trabalhar com outros temas também. Mas a contribuição maior partiu dela e a ajuda veio de

⁶³ A Vila Olímpica Mario Covas, também chamada de Centro Esportivo, fica do lado oposto da Rodovia Raposo Tavares em relação à COHAB. Este centro fica sob a administração do Estado, Secretaria de Esporte, e oferece atividades diversas e gratuitas como boxe, karatê, vôlei e futebol. Segundo o professor, muitos pais têm medo de mandar os filhos para lá porque é perto da Fundação Casa e quando há fuga de internos eles atravessam a Vila Olímpica.

diferentes formas. A cada encontro Angelina trazia algum material que mostrava um pouco da história do Centro Comunitário e também do grupo da Terceira Idade, como *folders*, folhetos e álbuns de fotografias (eventos, passeios, missas, passeatas e outras atividades realizadas no Centro Comunitário), ou de outros trabalhos, projetos e materiais diversos que poderiam me ajudar. Dizia: *“você dá uma olhada, se tiver alguma pergunta é só falar, é que eu acho que, às vezes, uma pequena coisa pode dar ideia para algum projeto, ajudar em alguma coisa”*. Entre esses materiais, recebi um exemplar do Estatuto do Idoso, catálogo de oficinas culturais do ano de 2009, projetos de trabalhos voluntários, como o que realizou no município de Santa Isabel em 1991 em parceria com a Universidade de Guarulhos, também com a Terceira Idade, e outros com doentes e acamados, relatos de trabalhos, modelos de “Termo de adesão de trabalho voluntário”.

Com a mesma intenção de contribuir com o trabalho, foi Angelina quem teve a iniciativa de me apresentar para Ivone, moradora da COHAB e coordenadora do MOVA. Em um dia, perguntou se eu poderia ficar até mais tarde no próximo encontro, isso porque achava que seria importante eu conversar com uma moradora que também conhecia a história do Centro Comunitário. Na outra semana, então, ao final da reunião da Terceira Idade, encontrei-me com Ivone, que muito gentilmente aceitou conversar comigo e me falou do Centro Comunitário e da sua experiência ali.

Encontrei ainda este sentimento de querer ajudar quando conversei com uma das professoras do MOVA. Ao explicar meu projeto para pedir autorização para observar uma aula, devido ao tema comunidade, a professora logo se remeteu à escola em que trabalhava. Disse que lá havia “Escola da Família” e atendia a comunidade nos finais de semana com várias atividades. Ela ficou animada e disse que seria interessante fazer uma pesquisa lá, que *“é uma comunidade bem carente”*. No mesmo momento me passou o nome da coordenadora e o telefone da escola e me ensinou como chegar até ela de ônibus.

Por todos esses relatos notei que havia uma “vontade” em compartilhar as coisas, os trabalhos que já eram feitos e que poderiam, de algum modo, motivar a realização de outros. Não percebi um fechamento das pessoas no sentido de terem receio de mostrar o que faziam, mas ao contrário, havia abertura tanto para pedir como receber ajuda. Havia no modo de ser das pessoas com as quais convivi um pouco do conceito de comunidade – da ajuda mútua – que ia além de fazer algo e receber alguma coisa em troca por uma necessidade imediata urgente, por exemplo, ter que pedir ajuda para um vizinho olhar seu filho. Havia o reconhecimento de que o que se fazia sozinho ou no Centro Comunitário não bastava, por isso, o movimento de pedir ajudar, por isso o movimento de “divulgar” o que o outro fazia.

Foi um pouco do que senti também por parte dos profissionais, inclusive daqueles presentes na reunião que participei entre UBS e escola, e de alguns moradores que procuravam mostrar o que se fazia em função de apoiar diferentes comunidades, entender melhor o trabalho de cada um, favorecer as trocas e, daí, estimular a construção de outros trabalhos. Neste sentido, notou-se a vontade das pessoas de fortalecer uma rede, de “encurtar distâncias”, entretanto ela ainda apresentava poucas junções e a comunicação poderia ser mais desenvolvida.

Essas relações de ajudar e também de pedir ajuda remetem ao estudo de Sennet (2007) acerca das consequências do capitalismo de curto prazo – ações baseadas em projetos, alta flexibilidade, assumir riscos constantemente – sobre o ambiente de trabalho e os trabalhadores de grandes empresas americanas. O autor nota que essas características não permitem que o trabalhador construa experiências duradouras, comprometendo também a compreensão da sua história de vida. Entre elas, nota-se um comprometimento no desenvolvimento do caráter do trabalhador que, na sua definição do termo, mostra elementos que se contrapõem aos do capitalismo moderno. Para Sennet (2007), o “caráter concentra-se sobretudo no aspecto a longo prazo de nossa experiência emocional. É expresso pela lealdade e compromisso mútuo, pela busca de metas a longo prazo, ou pela prática de adiar a satisfação em troca de um fim futuro” (p. 10). Entretanto, atualmente desenvolver o caráter nesse sentido torna-se um desafio, pois estamos diante de uma “sociedade impaciente, que se concentra no momento imediato”. Assim, a lógica vivida no trabalho afetaria a formação do homem e se estenderia para outros tempos e lugares, como a vida pessoal e familiar.

De acordo com Sennet (2007), as condições emocionais estudadas no local de trabalho foram: incertezas de flexibilidade; ausência de confiança e compromisso com raízes fundas; superficialidade do trabalho em equipe; acima de tudo, a sensação de não fazermos nada de nós mesmos no mundo. Essas são condições que, segundo o autor, levaram a uma consequência não pretendida do capitalismo moderno que é a de fortalecer o valor do lugar. Com isso, há o uso do “nós” no sentido de uma autoproteção, em que o desejo da comunidade é visto como uma defesa. Esta defesa carrega uma conotação pejorativa quando trabalhada como rejeição do lado externo.

Diante desse contexto, Sennet (2007, p. 166) pergunta: “Que espécie de partilha é necessária para resistir, ao invés de fugir, diante da nova economia política? Que tipos de relações pessoais constantes podem conter o uso de “nós”? O autor explica que a ligação social tem como principal elemento o senso de mútua dependência. Contudo, a dependência é vista na “nova ordem” como uma condição de inferioridade, de vergonha. Em contrapartida,

valoriza-se autoafirmação e o “não dever nada para ninguém”. Sobressai-se, então, a ideia de que o fracasso está vinculado ao sujeito fraco ser dependente, e do sucesso do forte ser independente.

Entretanto, apoiado também nas ideias de John Bowlby⁶⁴, Sennet (2007) observa que quando se trata da realidade, essa condição não se mantém. Considera que reconhecer a dependência de outros diante de uma situação específica e saber em quem confiar mostra o que seria um adulto “autossuficiente saudável”. Ressalta o valor do caráter caso se queira considerar comunidades e indivíduos preocupados em enfrentar o novo capitalismo. Completa:

uma visão positiva dos próprios limites e da dependência mútua parece ser mais da área da ética religiosa que da economia política. Mas a vergonha da dependência tem uma consequência prática. Corrói a confiança e o compromisso mútuos, e ausência desses laços ameaça o funcionamento de qualquer empreendimento coletivo” (SENNET, 2007, p. 169).

⁶⁴ BOWLBY, J. *Separation*. NovaYork: Basic Books, 1973.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao retomar o interesse que me motivou a realizar esse estudo, dois aspectos puderam ser aprofundados de acordo com os caminhos propiciados pelo desenho metodológico da pesquisa bem como das “surpresas” que só o trabalho de campo pode trazer, que foram: construir apontamentos sobre o trabalho em saúde nas suas relações com a comunidade; e os ensinamentos a partir das dinâmicas do cotidiano, dos moradores e das práticas corporais que acontecem na comunidade COHAB Raposo Tavares, que podem ampliar o modo de “pensar e fazer” nossas intervenções.

No primeiro ponto, a despeito de todas as dificuldades apresentadas pelos profissionais nas entrevistas, é perceptível que, de modo geral, há um comprometimento das equipes em atender e auxiliar no contexto de cada território, naquilo que é possível, pois os coordenadores relatam dificuldades em vários setores que, às vezes, extrapolam a possibilidade de intervenção imediata da UBS. Esse comprometimento foi percebido no sentido de ter uma boa relação com a comunidade que acaba, muitas vezes, tornando as UBSs referências, inclusive ajudando a buscar soluções para problemas como enchentes e sujeira de córregos.

Não se encontram comentários no sentido de buscar uma restrição para atuar somente sobre o que é posto como norma ou meta da ESF, ou sobre questões de saúde-doença manifestadas do ponto de vista físico/orgânico. Pelo contrário, tais questões de saúde-doença são vistas como um fenômeno indissociável da ordem econômica e social. Quando questionados sobre as características do território que a equipe atende, foi possível observar que os participantes, além de especificarem sua área em termos de problemas de saúde, também o fazem em comparação com outros territórios em relação às condições de vida.

Nesse sentido, o trabalho é considerado mais ou menos complexo em razão da maior vulnerabilidade social dos territórios e não pelos casos de doença em si, como a quantidade de hipertensos e diabéticos. Isto é, os profissionais entendem que a falta de condições adequadas de vida interfere diretamente na saúde das pessoas e são, ao mesmo, tempo situações nas quais eles têm menos recursos para intervir. Tanto a base profissional como os recursos materiais e as estratégias de saúde têm seu alcance restringido, por exemplo, quando uma informação nutricional não é colocada em prática devido à situação financeira da pessoa ou da família. Observações como “não dar conta da demanda” ou que ressaltam a necessidade de promover as ações intersetoriais e as políticas públicas são empregadas pelos

coordenadores para referir-se a essa situação. Inclui-se também a saúde mental, por notarem uma demanda crescente e não contarem com o profissional específico nas equipes.

No trabalho cotidiano, os profissionais lidam com situações diversas e não apenas com o que já tem um protocolo, como o acompanhamento pré-natal das gestantes e o monitoramento dos diabéticos, situações com maior respaldo para agir. Essas situações exigem que o trabalho em saúde, na sua relação com a comunidade, não seja isolado, necessitando de parcerias com escolas, igrejas, ONGs e outros serviços da prefeitura. Além disso, conhecer as pessoas, as famílias e a comunidade onde vivem traz outro entendimento sobre os problemas de saúde e também requer que o trabalho seja contínuo, ao invés de pontual. Dessa maneira, é possível fazer mudanças, adaptações e criar maior participação das pessoas no processo do cuidado. Portanto, mostra-se como um caminho cheio de aberturas que envolvem a UBS e as equipes, mas também os indivíduos, a comunidade e suas organizações e outras instituições.

Em razão disso, apesar de as equipes terem uma rotina organizada, o trabalho se torna complexo mediante essas questões. Elas pedem um olhar mais qualitativo sobre o que fazer em cada caso, assim como sobre os resultados obtidos. Apesar de a ESF trazer uma proposta ampliada sobre a atenção primária, percebe-se que na prática, com a aproximação das comunidades, os profissionais se deparam com dificuldades estruturais como a questão da cobrança de metas, que avalia as ações quantitativamente, e a falta de apoio intersetorial satisfatório. Lidam também com as fraquezas estruturais dos territórios, como em relação aos equipamentos de lazer⁶⁵.

A ESF se mostra efetiva por trazer elementos que contribuem para pensar as comunidades de modo singular e que demandam ações específicas, em comunhão com a realidade e as necessidades do viver coletivo. Mas as experiências dos profissionais que atuam na ESF também trazem à tona os limites e dificuldades das intervenções em saúde frente às condições precárias de vida. Apesar disso, sugerem o valor do cotidiano, da continuidade das ações que possibilitam pequenas conquistas observadas no processo de trabalho e das intervenções que fortalecem a aproximação entre profissional, serviço e comunidade. Neste sentido, pedem maior clareza na comunicação entre todos os atores, para potencializar o vínculo e a compreensão das estratégias. Alertam também para os limites do

⁶⁵ Nas entrevistas, os coordenadores indicaram a falta de quadras, praças, parques, áreas verdes e instituições específicas (como o Parque da Previdência e o Parque Vila Lobos que ficam distantes das UBSs) para o oferecimento de atividades de lazer.

trabalho e para a necessidade de apoio por meio de políticas públicas que favoreçam ações intersetoriais voltadas às comunidades.

As entrevistas ainda permitiram conhecer um pouco a realidade das comunidades pertencentes às cinco UBSs pesquisadas. Percebe-se uma dificuldade na organização em torno de objetivos comuns, como a busca por melhorias para o território. Podem ser exemplos as falas das coordenadoras das equipes vermelha (sobre o lixo) e lilás (sobre as tentativas de aproximação com a comunidade e sua líder que acaba agindo isoladamente do grupo) do Jardim Boa Vista, e de Marcelo (sobre a falta de organização de seu território em comparação com a experiência que teve no Jardim Ângela) do São Jorge. Elas são muito mais reconhecidas pelas problemáticas que compõem os territórios, do que por uma noção de grupo, de identificação.

Entretanto, no território investigado especificamente na segunda fase na pesquisa, foi possível notar, senão uma expressão marcante da organização comunitária, pequenos movimentos que exibem interesses comuns acerca da busca por melhorias. Tal organização também pode parecer “fraca” quando esperamos notá-la facilmente, com os olhos, mas na COHAB Raposo Tavares, em particular, pude encontrar exemplos ouvindo os moradores, conhecendo um pouco da história do bairro, como: a conquista da primeira escola, a mobilização para construir e, posteriormente, manter o Centro Comunitário, o parque e outros projetos que estavam em andamento, como ter uma UBS mais próxima e a construção do “centro cultural”.

Todo esse contexto sugere a necessidade de um envolvimento maior dos diferentes profissionais na atenção básica com outras instituições, da necessidade de ampliar o diálogo com outras áreas e também com a população para favorecer o trabalho da ESF junto à comunidade. Além disso, reconhecer e se envolver com questões de ordem social passa a ser importante à medida que pode significar uma forma de mobilizar ou mediar conflitos, identificar necessidades, ser mais um incentivo para a organização e, particularmente, para a participação comunitária, desafio identificado tanto nas entrevistas com os profissionais como nas observações realizadas no Centro Comunitário.

Trabalhar com o conceito de comunidade pode contribuir nesse sentido. Do mesmo modo, tanto nas entrevistas como nas observações, foram identificadas características relativas a ele, como: as ações solidárias; a ajuda entre vizinhos, por exemplo, quando um cuida de outro que está doente; a convivência que reforça a formação de grupos; e o vínculo com os profissionais. Estes são exemplos que geram o “sentimento de comunidade”. São situações que, se exploradas, podem, por um lado, incrementar a participação e o

envolvimento nas atividades, estimular a corresponsabilidade no cuidado em saúde e, de outro, a organização comunitária.

Ainda sobre o aspecto conceitual, é preciso pontuar que, diferente das características que se sobressaíram nas entrevistas, geralmente associando comunidade a áreas com condições de vida precárias e a problemáticas do contexto, nas observações no Centro Comunitário o que chama a atenção são as relações que se dão entre os moradores. Porém, quando se olha para as falas dos profissionais especificamente sobre o desenvolvimento do trabalho, nota-se que as relações de proximidade são consideradas importantes para o trabalho das equipes, tanto por conhecer as condições de vida das pessoas, os “problemas reais”, poder intervir de modo singular em cada situação, como propiciar maior reconhecimento e satisfação no trabalho que fazem e valorização profissional.

Em relação às práticas corporais, a comunidade nos ensina o valor do bairro, da rua, das práticas lúdicas e da convivência, ainda que tenham sido notadas divergências, como os relatos de moradores que não usavam o parque por terem receio da “violência”. Seus modos de ser sugerem o compromisso com o outro, algo identificado entre os moradores seja nos grupos de práticas corporais, seja nas outras atividades. O que chama a atenção para um aspecto pouco considerado como componente de uma intervenção, uma proposta ou projeto de práticas corporais: as relações entre as pessoas. Ele ganha ainda mais importância haja vista as considerações postas no texto em relação ao modo de vida contemporâneo e algumas de suas consequências. Não se trata aqui de promover as relações comunitárias como um modelo ideal, o qual teria o poder de sobrepor-se aos padrões hoje instituídos. Por outro lado, acredito ser possível valorizar e estimular aspectos da vida que ficam encobertos, esquecidos, vistos como menores e que, dessa forma, deixam de ser potenciais para incrementar modos de vida mais humanos, mais compartilhados, mais significativos porque não se fala, não se escreve, não se ensina sobre eles, e, por conseguinte, não se estimula sua prática.

Nesse sentido, levar em conta as relações, os modos de ser da comunidade, o potencial solidário que ela implica, pode contribuir para assumirmos uma postura mais humana e preocupada com a saúde e as práticas corporais de maneira ampliada, ou corre-se o risco de ocuparmos o espaço que ora se inicia na atenção básica com uma atuação do profissional de Educação Física marcada pelos mesmos padrões biologicistas e tecnicistas já tão criticados na literatura da área.

Os projetos de práticas corporais observados formalmente, Judô, Corporal e Capoeira, sugerem também uma potencialidade fora desses padrões, assim como dos ditames do mercado de consumo, mas que se inscrevem na esfera educacional e social. É preciso

considerar que a participação, não no sentido do envolvimento, mas da quantidade de pessoas, é fator de questionamento entre aqueles que promovem as práticas, como a Terapeuta Ocupacional e a secretária do Centro Comunitário, que já acompanharam alguns grupos. A relação entre a vida cotidiana e as diferentes atividades observadas no Centro Comunitário pode indicar que as práticas corporais nem sempre são vistas como algo que pode ser inserido no cotidiano. Talvez essa situação seja reforçada, por exemplo, pela ideia divulgada de que ela vem acompanhada de certos “aparatos”, como o tênis, a vestimenta feita de um material específico, o aparelho de ginástica; de que é para poucos, geralmente para aqueles que “já têm habilidade”, o tipo atlético; e que se realiza em ambientes especiais. Assim, do mesmo modo como Clara acredita que a vergonha e a falta de conhecimento podem se relacionar à baixa iniciativa dos moradores em participar das atividades do MOVA, os mesmo motivos podem ocasionar o distanciamento das pessoas das práticas corporais.

Trazer apontamentos diretivos em relação ao que a comunidade nos ensina sobre as práticas corporais e a saúde não é simples à medida que o que se observou diz respeito aos seus modos de ser, ao cotidiano e às relações que a constituem. Assim, não se espera dar indicativos de uma nova técnica, mais eficiente e que consiga uma quantidade maior de praticantes, questão que recebe grande atenção, seja nas falas dos profissionais ou nas referências da área da Educação Física. Contudo, do mesmo modo como se identificou a necessidade de viabilizar meios para que o trabalho das equipes de ESF seja desenvolvido sobre parâmetros mais qualitativos, o mesmo pode valer para as práticas corporais. Não temos nos questionado sobre a qualidade do que propomos, da qualidade das relações que podem ser construídas em nossas práticas, entre profissionais, pessoas, grupos. De tal modo, pretende-se chamar a atenção para o valor de questões que sequer são pensadas para trazer outra conotação à formação dos profissionais da área, especialmente aqueles que hoje se aproximam do SUS via, por exemplo, o PET-Saúde⁶⁶. A comunidade nos ensina sobre a vida e seus dilemas, sobre os recursos que temos para torná-la melhor diante de um compromisso

⁶⁶ O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) é regulamentado pela Portaria Interministerial nº 421, de 03 de março de 2010, disponibilizando bolsas para tutores, preceptores (profissionais dos serviços) e estudantes de graduação da área da Saúde, possibilitando um contato com o serviço de saúde já no primeiro ano de curso. A experiência relatada por uma aluna do curso de Educação Física da EEFEE/USP junto a uma UBS, em trabalho aceito para 5ª. *Conferencia Latinoamericana y 4ª. Conferência Interamericana de Promoción de La Salud y Educacación para La Salud* de 2012, nos mostra que, do ponto de vista das interações com o serviço, o PET pode proporcionar a participação em atividades como: diferentes atendimentos da Unidade, visitas domiciliares, reuniões de equipe, reuniões com o NASF, do trabalho do profissional de Educação Física e dos agentes comunitários na Unidade; a tutoria é relevante tanto para orientar como para dar fundamentação teórica, o que permite melhor aproximação com a área. Além disso, há também a interação entre áreas, com encontros e seminários que agregam alunos e preceptores para compartilhar saberes e práticas e discutir projetos da UBS.

que não se esconde na realidade de, às vezes, poder oferecer e, em outras, necessitar de ajuda. Dessa forma, não permitem alcançar totalmente o real, como nos diz Pais (2003), mas nos deixam compreender algumas coisas que se passam no cotidiano no qual nossas práticas e maneiras de concebê-la podem estar inseridas.

Isso é importante porque ao buscar indicativos para pensar o trabalho em saúde e as práticas corporais, de um lado, temos as falas dos profissionais que indicam a importância da aproximação com a comunidade e de trabalhos mais qualitativos que interfiram, sobretudo, em problemas de ordem social, econômica e também emocional; de outro, as observações sugerem que a comunidade apresenta esse potencial nas relações entre seus moradores e que, de certa forma, também procura agir por meio da organização em torno de objetivos comuns sobre os problemas referidos acima. Portanto, são situações que se complementam, mas que ainda precisam ser mais bem estruturadas no sentido de compor tanto o trabalho como a formação do profissional de saúde.

Segundo Carvalho e Ceccim (2007), a Saúde Coletiva tem representado um braço forte na reorientação da formação dos profissionais de saúde, especialmente por aproximar o ensino das necessidades de saúde, embora a luta por resultados mais significativos ainda exista. Nesse caminho, os autores afirmam que não se pode menosprezar a relevância do conhecimento científico e tecnológico, porém há que se contemplar também o conhecimento humanístico e social envolvido com “[...] o processo de cuidar, de desenvolver projetos terapêuticos singulares, de formular e avaliar políticas e de coordenar e conduzir sistemas e serviços de saúde” (p. 157). Nesse sentido, é preciso reconhecer que estamos em meio a processos constantes de mudança e que “[...] o desenvolvimento do cuidar deve envolver o contato com o outro e as relações entre as pessoas. Essas aprendizagens são dinâmicas e imprevisíveis” (p. 158). Isso porque nossas práticas não estão dissociadas do cotidiano dos serviços de saúde, tão pouco da vida das comunidades, como observado na segunda fase da pesquisa.

Assim, pensar o trabalho em saúde e as práticas corporais nas suas relações com a comunidade estaria mais próximo de uma intervenção profissional, como nos diz Carvalho e Ceccim (2007, p. 159), “[...] com o corpo vivo e em interação com o *socius* e o ambiente, sob processos de subjetivação! [...]”, ao contrário da neutralidade e controle sobre os hábitos e a vida das pessoas que tradicionalmente se tem objetivado nas práticas voltadas para os cuidados com o corpo (CARVALHO; CECCIM, 2007). Para tanto, é preciso assumir uma postura de aprender com o outro. As experiências dos profissionais e as vivências entre os moradores que frequentavam o Centro Comunitário podem ser exemplos. Neste caso, elas

mostraram que o controle das situações, a total adequação de procedimentos, as relações de causa-efeito, onde se espera que ao oferecer uma orientação, um atendimento, eles sejam rapidamente colocados em prática, não condizem com o movimento da vida encontrado nos territórios, com os valores e modos de ser de pessoas e grupos. Tais processos de mudança não são simples. Nos territórios, sobressaem-se o cotidiano, as histórias de vida, as relações familiares, as dificuldades, as alegrias, mediadas também pela possibilidade de dar e receber apoio.

Portanto, se por um lado essas questões podem parecer menos objetivas e, por isso, mais difíceis de serem postas em prática como orientadoras do trabalho em saúde e das práticas corporais, por outro é preciso reconhecer sua relevância diante de um contexto onde cresce a superficialidade das relações. Busca-se o sentimento de comunidade porque há uma carência de segurança, “[...] qualidade fundamental para uma vida feliz, mas que o mundo que habitamos é cada vez menos capaz de oferecer e mais relutante em promover”, mas, de uma forma ou de outra, acabamos sendo afetados pelo “mundo fluido e imprevisível de desregulamentação, flexibilidade, competitividade e incerteza [...]” (BAUMAN, 2003, p. 129). Ao lidar com isso, acabamos assumindo as falhas como decorrentes de questões pessoais e buscando soluções apostando na ação individual, sem reconhecer que a base dos problemas é compartilhada (BAUMAN, 2003). O autor explica que o próprio mundo globalizado causa uma interdependência e, ao tentar administrar tarefas e resolver problemas nos isolando dos outros e construindo muros, a conquista de resultados se tornará ainda mais difícil. Acredita que o controle sobre os desafios da vida é necessário para todos e, entretanto, para a maioria, ele só virá coletivamente.

É nesse contexto que o autor identifica a falta da comunidade e, ao mesmo tempo, a possibilidade de sua realização, mas considera:

se vier a existir uma comunidade no mundo dos indivíduos, só poderá ser (e precisa sê-lo) uma comunidade tecida em conjunto a partir do compartilhamento e do cuidado mútuo; uma comunidade de interesse e responsabilidade em relação aos direitos iguais de sermos humanos e igual capacidade de agirmos em defesa desses direitos (BAUMAN, 2003, p. 134).

Com base nos resultados dessa pesquisa, em seus diferentes momentos, acredito também que o modo de pensar o trabalho em saúde e as práticas corporais pode ser ponte para o que nos fala Bauman (2003), principalmente se reconhecermos: a importância do cotidiano, das relações que permeiam a vida das pessoas e de que também somos um fio dessa trama. A referência da comunidade para pensar a saúde e as práticas corporais nos ensina, portanto, o fundamento e a possibilidade do fazer mais compartilhado, reconhecido não só como uma

“técnica” para obter resultados e mudanças que almejamos com nossas intervenções, mas, sobretudo, para significá-las em meio à vida das pessoas e a maneira com que vemos nós mesmos no exercício profissional de conviver com o outro. O desafio que se coloca não é pequeno, haja vista as próprias dificuldades apontadas pelos profissionais nas entrevistas, mas que se mostra possível diante dos modos de ser da comunidade COHAB Raposo Tavares, que nos deixa crer na existência de relações e valores mais solidários.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, L. O. M. **A saúde e o dilema da intersetorialidade**. São Paulo: Hucitec, 2006.

ANDRADE, L. O. M.; BUENO, I. C. H.; BEZERRA, R. C. Atenção primária à saúde e estratégia saúde da família. In: CAMPOS, G. W. S. ET AL. (Orgs.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo / Rio de Janeiro: Hucitec / Fiocruz, 2007.

AYRES, J. R. M. Uma concepção hermenêutica de saúde. **Physis: Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 43-62, 2007.

BAUMAN, Z. **Comunidade: a busca por segurança no mundo atual**. Rio de Janeiro: Zahar, 2003.

BECCALLI, M. B. **Mais que atividade física: os usos e entendimentos da saúde entre usuários do Serviço de Orientação ao Exercício da prefeitura municipal de Vitória**. 2012. 108 f. Dissertação (Mestrado em Educação Física). Centro de Educação Física e Desportos, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2012.

BECKER, H. **Métodos de pesquisa em ciências sociais**. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 1999.

BENTRANI, A. ET AL. **Cadernos Região Oeste 2**. São Paulo: FMUSP, 2010.

BORGES, C. C.; JAPUR, M. Promover e recuperar saúde: sentidos produzidos em grupos comunitários no contexto do Programa de Saúde da Família. **Interface**, Botucatu, v. 9, n. 18, p. 507-519, 2005.

BORRELL, C.; DOMINGUEZ-BERJÓN, F.; PASARÍN M. I.; FERRANDO, J.; ROHLFS, I.; NEBOT, M. Social inequalities in health related behaviors in Barcelona. **Journal of Epidemiology & Community Health**, Londres, v. 54, n. 24, p. 24-30, 2000.

BOSI, E. **Cultura de massa e cultura popular: leituras de operárias**. 10. ed. São Paulo: Vozes, 2000.

_____. **O tempo vivo da memória**. 2. ed. São Paulo: Ateliê Editorial, 2004.

BRACHT, V. Identidade e crise da Educação Física: um enfoque epistemológico. In: BRACHT, V.; CRISÓRIO, R. (Orgs.). **A educação física no Brasil e na Argentina**. Campinas / Rio de Janeiro: Autores Associados / PROSUL, 2003.

BRACHT, V.; ALMEIDA, F. Q. **Emancipação e diferença na educação**: uma leitura com Bauman. Campinas: Autores Associados, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. 4. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007. 68 p. – (Série E. Legislação de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 4). Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/volume_4_completo.pdf> Acesso em: 19 jan. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política nacional de promoção da saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. 60 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Politica_nacional_%20saude_nv.pdf>. Acesso em: 14 set. 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <<http://bvsmc.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnpic.pdf>>. Acesso em: 18 de maio de 2011.

BOUCHARD, C. Physical activity, fitness, and health: overview of the Consensus Symposium. In: QUINNEY, H. A.; GAUVIN, L.; WALL, A. E. T. (Orgs.). **Toward active living**. Champaign: Human Kinetics, 1994. p. 7-14.

CAMPOS, G. W. S. **Saúde paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003.

_____. Clínica e saúde coletiva compartilhadas: teoria Paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: CAMPOS, G. W. S. ET AL. (Orgs.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo / Rio de Janeiro: Hucitec / Fiocruz, 2007.

CAMPOS, G. W. S.; GUTIÉRREZ, A. C.; GUERRERO, A. V. P.; CUNHA, G. T. Reflexões sobre a atenção básica e a Estratégia de Saúde da Família. In: CAMPOS, G. W. S.; GUERREIRO, A. V. P. (Orgs.). **Manual de práticas de atenção básica**: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Hucitec, 2008.

CAMPOS, R. H. F. Psicologia comunitária, cultura e consciência. In: GUARESCHI, P. **Psicologia social comunitária**. Petrópolis: Vozes, 2000.

CANDIDO, A. O caipira e sua cultura. In: OLIVEIRA, P. S. **O lúdico na cultura solidária**. São Paulo: Hucitec, 2001.

CARRETEIRO, T. C. Sofrimentos sociais em debate. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 57-72, 2003.

CARVALHO, Y. M. **A arte de fazer a vida melhor**: narrativas dos que fazem a festa da Achiropita. 1999. 166 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas, Campinas, 1999.

_____. Saúde, sociedade e vida: um olhar da educação física. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, Campinas, v. 27, n. 3, p. 153-168, 2006.

_____. Práticas corporais e comunidade: um projeto de educação física no Centro de Saúde Escola Samuel B. Pessoa. In: FRAGA, A. B.; WACHS, F. **Educação física e saúde coletiva**. 2. ed. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2007.

CARVALHO, Y. M.; FREITAS, F. F. Atividade física, saúde e comunidade. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 3, p. 489-505, 2006.

CARVALHO, Y. M.; CECCIM, R. B. Formação e educação em saúde: aprendizagens com a saúde coletiva. In: CAMPOS, G. W. S. ET AL. (Orgs.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo / Rio de Janeiro: Hucitec / Fiocruz, 2007.

CASTIEL, L. D. Promoção da saúde e a sensibilidade epistemológica da categoria 'comunidade'. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 5, p. 615-22, 2004.

CERTEAU, M. **A invenção do cotidiano**. V. I: Artes de fazer. 7. ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

COELHO, I. B. Formas de pensar e organizar o sistema de saúde: os modelos assistenciais em saúde. In: CAMPOS, G. W. S.; GUERREIRO, A. V. P. (Orgs.). **Manual de práticas de atenção básica**: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Hucitec, 2008.

COHN, A.; NUNES, E.; JACOBI, P. R.; KARSCH, U. S. (Orgs.). **A saúde como direito e como serviço**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1999.

COSTA, R. Por um novo conceito de comunidade: redes sociais, comunidades pessoais, inteligência coletiva. **Interface**, Botucatu, v.9, n.17, p. 235-48, 2005.

CUNHA, G. T. **Antiprotocolo**: uma proposta de co-gestão para a clínica ampliada. São Paulo: Hucitec, 2007.

DA MATTA, R. **A casa e a rua**: espaço, cidadania, mulher e morte no Brasil. 5. ed. Rio de Janeiro: Rocco, 1997

DAMO, A. S. A rua e o futebol. In: STIGGER, M. P.; GONZÁLEZ, F. J.; SILVEIRA, R. (Orgs.). **O esporte na cidade**: estudos etnográficos sobre sociabilidades esportivas em espaços urbanos. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2007.

DOUGLAS, M. **Como as instituições pensam**. São Paulo: Edusp, 1998.

ESPOSITO, R. Niilismo e comunidade. In: PAIVA, R. **O retorno da comunidade**. Rio de Janeiro: Mauad X, 2007.

FENSTERSEIFER, P. E. Corporeidade e formação do profissional na área da saúde. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, Campinas, v. 27, n. 3, p. 93-102, 2006.

FERNANDES, F. (Org.). **Comunidade e sociedade**. São Paulo: Companhia Editora Nacional / Editora da Universidade de São Paulo, 1973.

FICHTER, J. H. Definições para uso didático. In: FERNANDES, F. (Org.). **Comunidade e sociedade**. São Paulo: Companhia Editora Nacional / Editora da Universidade de São Paulo, 1973.

FIGUEIREDO, R.; AYRES, J. R. M. Intervenção comunitária e redução da vulnerabilidade de mulheres às DST/Aids em São Paulo, SP. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, supl. 4, p. 96-107, 2002.

FRAGA, A. B. **Exercício da informação**: governo dos corpos no mercado da vida ativa. Campinas: Autores Associados, 2006

FREITAS, D. B.; SILVA, J. M. A relação do lazer com a saúde nas comunidades quilombolas de Santarém. Campinas, **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, v. 30, n. 2, p. 89-105, 2009. Disponível em: <<http://www.rbceonline.org.br/revista/index.php/RBCE/article/view/438/354>>. Acesso em: 06 fev. 2011.

FREITAS, F. F. **A educação física no serviço público de saúde**. São Paulo: Hucitec, 2007.

GÓIS, C. W. L. **Saúde comunitária: pensar e fazer**. São Paulo: Hucitec, 2008.

GOMES, I. M.; PICH, S.; VAZ, A. F. Sobre algumas vicissitudes da noção de saúde na sociedade dos consumidores. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, Campinas, v. 27, n. 3, p. 153-168, 2006.

GUARESCHI, P. Relações comunitárias – relações de dominação. In: GUARESCHI, P. **Psicologia social comunitária**. Petrópolis: Vozes, 2000.

HABERMAS, J. **A inclusão do outro**. 3. ed. São Paulo: Loyola, 2007.

HELLER, A. **O cotidiano e a história**. 8 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2008.

HOGGART, R. “Nós” e “Eles”. In: OLIVEIRA, P. S. **O lúdico na cultura solidária**. São Paulo: Hucitec, 2001.

HOUAISS, A.; VILLAR, M. S. **Dicionário Houaiss da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

KOWARIK, L. **Viver em risco: sobre a vulnerabilidade socioeconômica e civil**. São Paulo: Editora 34, 2009.

KNUTH, A. G.; MALTA, D. C.; DUMITH, S. C.; PEREIRA, C. A.; MORAIS NETO, O. B.; TEMPORÃO, J. G. ET AL. Prática de atividade física e sedentarismo em brasileiros: resultados da pesquisa nacional por amostra de domicílios (PNAD) – 2008. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 9, p. 3697-3705, 2011.

LAZZAROTTI FILHO, A.; SILVA, A. M.; ANTUNES, P. C.; SILVA, A. P. A.; LEITE, J. O. O termo práticas corporais na literatura científica e sua repercussão no campo da Educação Física. **Revista Movimento**, Porto Alegre, v. 6, n. 1, p. 11-29, 2010. Disponível em: < <http://seer.ufrgs.br/Movimento/article/view/9000> >. Acesso em: 17 jul. 2010.

LEFEBVRE, H. **La vida cotidiana en el mundo moderno**. 3. ed. Madrid: Alianza Editorial, 1984.

_____. **Critique of everyday life: foundations for a sociology of the everyday**. VII. London-New York: Verso, 2008.

_____. **The production of space.** Oxford: Blackwell, 2001.

LEWIN, K. Conduta, conhecimento e aceitação de novos valores. In: OLIVEIRA, P. S. **O lúdico na cultura solidária.** São Paulo: Hucitec, 2001.

LUZ, M. T. **Novos saberes e práticas em saúde coletiva:** estudos sobre racionalidades médicas e atividades corporais. São Paulo: Hucitec, 2003.

_____. Educação Física e Saúde Coletiva: papel estratégico da área e possibilidades quanto ao ensino na graduação e integração na rede de serviços públicos de saúde. In: FRAGA, A. B.; WACHS, F. (Orgs.). **Educação física e saúde coletiva.** 2. ed. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2007.

MACIVER, R. M.; PAGE, C. H. Comunidade e sociedade como níveis de organização da vida social. In: FERNANDES, F. (Org.). **Comunidade e sociedade.** São Paulo: Companhia Editora Nacional / Editora da Universidade de São Paulo, 1973.

MAFFESOLI, M. **Notas sobre a pós-modernidade:** o lugar faz o elo. Rio de Janeiro: Atlântica Editora, 2004.

_____. Comunidade de destino. **Horizontes Antropológicos,** Porto Alegre, ano 12, n. 25, p. 273-283, 2006.

MARQUES, E. **Redes sociais, segregação e pobreza.** São Paulo: Editora Unesp, 2010.

MARTINS, J. S. **A sociabilidade do homem simples.** 2. ed. São Paulo: Editora Contexto, 2008.

_____. **Fronteiras:** a degradação do outro nos confins do humano. 2. ed. São Paulo: Contexto, 2009.

MASSUDA, A. Práticas de saúde coletiva na atenção primária em saúde. In: CAMPOS, G. W. S.; GUERREIRO, A. V. P. (Orgs.). **Manual de práticas de atenção básica:** saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Hucitec, 2008.

MATOS, G. C. G.; FERREIRA, M. B. R. Práticas corporais num ambiente rural amazônico. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte,** Campinas, v. 28, n. 3, p. 71-88, maio 2007. Disponível em:

<<http://www.rbceonline.org.br/revista/index.php/RBCE/article/viewArticle/24>. Acesso em: 06 fev. 2011.

MAYOL, P. Parte I: Morar. In: CERTEAU, M.; GIARD, L.; MAYOL, P. **A invenção do cotidiano**. V. II: Morar, cozinhar. 7. ed. Petrópolis: Vozes, 2008.

MELLO, S. L. **Trabalho e sobrevivência**. São Paulo: Ática, 1988.

MENDES, E. V.; TEIXEIRA, C. F.; ARAÚJO, E. C.; CARDOSO, M. R. L. Distritos sanitários: conceitos-chave. In: MENDES, E. V. (Org.). **Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. 4. ed. São Paulo / Rio de Janeiro: Hucitec / Abrasco, 1999.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MOLINA, R. M. K. A participação cidadã nos marcos das políticas de lazer: implicações e protagonismos. O caso do Projeto Centro de Comunidade, na cidade de Porto Alegre. **Revista Movimento**, Porto Alegre, v. 10, n. 2, p. 11-37, 2004. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/Movimento/article/view/2838>>. Acesso em: 27 jan. 2011.

NOGUEIRA, A. C. F.; MAINBOURG, E. .M. T. A comunidade do Pau Rosa/Amazonas e a relação entre natureza, cultura e o processo saúde/doença. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.19, n.1, p.22-34, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v19n1/03.pdf>> Acesso em: 06 mai. 2010.

OLIVEIRA, P. S. **Vidas compartilhadas: cultura e co-educação de gerações na vida cotidiana**. São Paulo: Hucitec / Fapesp, 1999.

_____. **Cultura solidária em cooperativas: projetos coletivos de mudança de vida**. São Paulo: Edusp / Fapesp, 2006.

OZÓRIO, L. A interculturalidade e seus inúmeros começos comunitários. **Psicologia e sociedade**, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 33-41, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v17n3/a05v17n3.pdf>>. Acesso em: 29 jul. 2008.

PAGANI, R.; ANDRADE, L. O. M. Preceptoria de território, novas práticas e saberes na estratégia de educação permanente em saúde da família: o estudo do caso de Sobral, CE. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 21, supl. 1, p. 94-106, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v21s1/08.pdf>. Acesso em: 28 de maio de 2012.

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. **A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva**. Salvador: Casa da Qualidade, 2000.

PAIS, J. M. **Vida cotidiana**: enigmas e revelações. São Paulo: Cortez, 2003.

PERUZZO, C. M. K. Rádio comunitária, educomunicação e desenvolvimento. In: PAIVA, R. **O retorno da comunidade**. Rio de Janeiro: Mauad X, 2007.

PIGNATTI, M. G.; CASTRO, S. A fragilidade/resistência da vida humana em comunidades rurais do Pantanal Mato-grossense, MT, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 83-94, 2008.

SANTOS, M. O retorno do território. In: SANTOS, M.; SOUZA, M. A.; SILVEIRA, M. L. (Orgs.). **Território**: globalização e fragmentação. São Paulo: Hucitec / Anpur, 1994.

_____. **Espaço dividido**. São Paulo: Edusp, 2006.

SÃO PAULO (Município). Prefeitura do Município de São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde. **Relação das Unidades da Secretaria Municipal da Saúde por supervisão técnica de saúde**. São Paulo: Coordenação de Epidemiologia e Informação – Ceinfo, 2009.

Disponível em:

<<http://www.prefeitura.sp.gov.br/arquivos/secretarias/saude/organizacao/0005>>. Acesso em julho de 2009.

SENNET, R. **A corrosão do caráter**: consequências pessoais do trabalho no novo capitalismo. 12. ed. Rio de Janeiro: Record, 2007.

SERPA, A. **O espaço público na cidade contemporânea**. São Paulo: Contexto, 2007.

SILVEIRA, M. L. Ao território usado a palavra: pensando princípios de solidariedade socioespacial. In: VIANA, A. L.; IBÁÑES, N.; ELIAS, P. E. (Orgs.). **Saúde, desenvolvimento e território**. São Paulo: Hucitec, 2009.

SIQUEIRA F. V.; FACCHINI LA PICCINI, R. X.; TOMASI, E.; THUMÉ, E.; SILVEIRA, D. S.; HALLAL, P. C. Atividade física em adultos e idosos residentes em áreas de abrangência de unidades básicas de saúde de municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 39-54, 2008.

STIGGER, M. P. **Esporte, lazer e estilos de vida: um estudo etnográfico**. Campinas: Autores Associados, 2002.

STIGGER, M. P.; TRENTINI, E. B.; FREITAS, M. V. Parques públicos, sociabilidades urbanas e políticas de lazer. In: FRAGA, A. B.; MAZO, J. Z.; STIGGER, M. P.; GOELLNER, S. V. (Orgs.). **Políticas de lazer e saúde em espaços urbanos**. Porto Alegre: Gênese, 2009. Disponível em: <
<http://www.cedes.ufsc.br:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/239/politicasLazerSaudeEspacosUrbanos.pdf?sequence=1>>. Acesso em: fev. 2011.

SULLIVAN, M.; KONE, A.; SENTURIA, K. D.; CHRISMAN, N. J.; CISKE, S. J.; KRIEGER, J. W. Researcher and researched-community perspectives: toward bridging the gap. **Health Education & Behavior**, Washington, v. 28, n. 2, p. 131-149, apr. 2001.

TOKUYOCHI, J. H. **Futebol de rua: uma rede de sociabilidade**. 2006. Dissertação (Mestrado) – Escola de Educação Física e Esporte, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

TÖNNIES, F. Comunidade e sociedade como entidades típico-ideais. In: FERNANDES, F. (Org.). **Comunidade e sociedade**. São Paulo: Companhia Editora Nacional / Editora da Universidade de São Paulo, 1973.

VALLA, V. V. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 2, 1999.

_____. Globalização e saúde no Brasil: a busca da sobrevivência pelas classes populares via questão religiosa. In: VASCONCELOS, E. M. (Org.). **A saúde na palavra e nos gestos**. São Paulo: Hucitec, 2001.

VASCONCELOS, E. M. **Educação popular e atenção à saúde da família**. 5. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

VASCONCELOS, N. A. Qualidade de vida e habitação. In: GUARESCHI, P. **Psicologia social comunitária**. Petrópolis: Vozes, 2000.

VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G. W. S. ET AL (Orgs.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo / Rio de Janeiro: Hucitec / Fiocruz, 2007.

VAZ, A. F. Ensino e formação de professores e professoras no campo das práticas corporais. In: VAZ, A. F.; SAYÃO, D. T.; PINTO, F. M. (Orgs.). **Educação do corpo e formação de**

professores: reflexões sobre a prática de ensino de Educação Física. Florianópolis: Editora da UFSC, 2002.

WARSCHAUER, M.; CARVALHO, Y. M.; MARTINS, C. L.; FREITAS, F. F. As escolhas das práticas corporais e dos profissionais que as conduzem nas unidades básicas de saúde do distrito Butantã-SP. **Anais do XV Congresso Brasileiro de Ciências do Esporte e II Congresso Internacional de Ciências do Esporte**. Recife: Edupe, 2007. Disponível em: <<http://www.cbce.org.br/resumos/003.pdf>>. Acesso em: 14 nov. 2009.

WEIL, S. Experiência da vida de fábrica. In: BOSI, E. (Org.). **Simone Weil: a condição operária e outros estudos sobre a opressão**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1996.

WIRTH, L. Delineamento e problemas da comunidade. In: FERNANDES, F. (Org.). **Comunidade e sociedade**. São Paulo: Companhia Editora Nacional / Editora da Universidade de São Paulo, 1973.

WONG UN, J. A. **Visões de comunidade na saúde:** comunalidade, interexistência e experiência poética. 2002. 153 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2002. Disponível em: <<http://portalteses.icict.fiocruz.br/pdf/FIOCRUZ/2002/wongunjad/capa.pdf>>. Acesso em: 26 ago. 2008.

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: coordenadores de equipe

Neste documento convido você a participar da pesquisa intitulada "Práticas corporais e saúde: a comunidade como referência", cujo objetivo é compreender melhor como a comunidade lida com as práticas corporais e a saúde. A intenção é que o conhecimento do dia-a-dia da comunidade nos ajude a pensar o trabalho da Educação Física em centros de saúde e parques públicos, por exemplo.

Uma das tarefas da pesquisadora será observar o cotidiano de espaços como associações de bairro e centros comunitários e analisar o depoimento das pessoas que participam dos mesmos, seja na organização ou nas atividades oferecidas. Antes, porém, pretende-se buscar apoio e orientação no conhecimento e na organização que a ESF já construiu em relação às diferentes comunidades atendidas, é neste sentido que solicitamos a sua colaboração.

Caso aceite, sua participação acontecerá por meio da realização de uma ou mais entrevistas sobre o trabalho com a comunidade da equipe do PSF que você supervisiona. Elas serão agendadas com antecedência, em dias e horários convenientes a você. Toda nossa conversa será registrada em um gravador de voz, depois ela será ouvida e transcrita integralmente para que possamos utilizar a sua fala para compor os resultados desse estudo.

Garanto que o seu depoimento será usado apenas para a finalidade da pesquisa e que sua identidade será mantida em sigilo. Você tem o direito de recusar-se a participar ou, caso aceite, de retirar seu consentimento em qualquer momento, sem prejuízo algum.

Para tirar dúvidas ou ter outros esclarecimentos sobre a pesquisa você pode entrar em contato com Fabiana Freitas: (11) 30912126 ou (16) 92023449, ou durante os dias e horários em que a pesquisadora estiver realizando as observações na comunidade. Em caso de dúvidas ou denúncias sobre questões éticas você pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa: (11) 33972464.

Pesquisadora:

Declaro que, após ter sido convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente projeto de pesquisa.

Participante da pesquisa: _____ **RG:** _____

Assinatura: _____

São Paulo, ____ de _____ de 2010

APÊNDICE B - Roteiro de entrevista com os profissionais coordenadores de equipe de ESF

1. Identificação: formação, funções e tempo de serviço na Unidade.
2. Gostaria que você comentasse sobre o trabalho da sua equipe e as necessidades da comunidade (organização, como se dividiram os territórios, distribuição dos atendimentos, objetivos, prioridades...)
3. Como você caracteriza o território atendido pela equipe do PSF que você supervisiona? (área; população, principais problemas, dificuldades, particularidades.
4. Quais necessidades de saúde são mais frequentes nesse território? Quais dessas necessidades a ESF ou a UBS não consegue atender?
5. O que mais chama a sua atenção nessa comunidade?
6. Como é o envolvimento e a participação da comunidade com os trabalhos desenvolvidos pela equipe?
7. A relação com a comunidade interfere no serviço? De que modo?
8. Qual é a importância da ESF para a comunidade?
9. Quais são os aspectos positivos e negativos na relação com a comunidade?
10. Existem equipamentos sociais e de lazer nesse território? Você percebe um envolvimento da comunidade em relação aos espaços públicos do território? Comente.

APÊNDICE C - Quadro sintético dos resultados das entrevistas com os coordenadores de equipe de ESF

UBS JARDIM BOA VISTA

	VERMELHA	BRANCA	AZUL	VERDE	LILÁS	AMARELA
Formação e tempo na UBS	Enfermeira, oito anos	Enfermeira, três anos	Enfermeira, um ano e nove meses	Enfermeira, oito anos	Enfermeira, um ano	Enfermeira, quatorze anos
Trabalho da equipe	Seguem as orientações da ESF e tentam adequar o trabalho para contemplar as demandas do território.	Seguem as orientações da ESF e tentam adequar o trabalho para as demandas.	Seguem as orientações da ESF e tentam adequar o trabalho para contemplar as demandas do território.	Seguem as orientações da ESF e tentam adequar o trabalho para contemplar as demandas do território.	Seguem as orientações da ESF e tentam adequar o trabalho para contemplar as demandas do território.	Seguem as orientações da ESF e tentam adequar o trabalho para contemplar as demandas do território.
Território	Condições sociais e econômicas precárias. Drogas, álcool, violência.	Condições não tão precárias. Drogas.	Condições sociais e econômicas precárias. Drogas, violência, álcool, Desemprego.	Classe média baixa. Violência.	Condições sociais e econômicas precárias. Drogas, desemprego.	Não considera favela, é como um cortiço.
Necessidades de saúde	Saúde mental	Abandono de idosos. Adolescente s usuários de drogas. Saúde mental. Falta de transporte. Especialista.	Hipertensão, diabetes e problemas respiratórios. Acesso a emprego, equipamentos sociais, participação social. Violência.	Violência. Saúde mental. Hipertensão e diabetes.	Drogas, Desemprego, pobreza. Falta de lazer. Gestantes, crianças, hipertensos e diabéticos.	Hipertensos e diabéticos, dor crônica Gestantes Saúde mental Ortopodia.
População	Mais jovens	Mais idosos	Mais jovens	Mais idosos	Mais jovens e crianças	Mais adultos e jovens
O que chama a atenção	Lixo. Jovens e mulheres na rua. Desemprego.	Organização . União entre os vizinhos. Abandono dos idosos.	Falta de acesso aos serviços sociais, vulnerabilidade social.	Falta de espaço de lazer, de acesso aos equipamentos .	Falta de perspectiva de vida para as crianças e os jovens.	Falta de lazer, de espaços adequados para o lazer.
Aspectos positivos	Proximidade com as famílias. Conhecer e atuar de perto. Valorização do trabalho.	Proximidade com as famílias. Conhecer a realidade de vida das famílias. Trabalho dos ACS	Vínculo. Conhecer a realidade de trabalho e de vida das pessoas.	Proximidade, vínculo.	Pequenas mudanças na vida de cada um. Conquistas do dia-a-dia nos grupos, nas intervenções.	Proximidade, cuidar da família, não só do indivíduo.
Aspectos negativos	Distância da comunidade para a UBS.	Frustração em não atender	A questão estrutural (política,	Falta de entendimento e	Falta de limites claros na relação de	Quando não há aceitação da

	Não atender toda a demanda.	todas as demandas. Envolvimento com as dificuldades das, traz angústia ao profissional.	econômica, social). Sensação de impotência.	comunicação. Participação excessiva de estudantes. Falta do trabalho intersetorial.	Vínculo.	intervenção.
Participação	Difícil	Boa participação, mas depende dos grupos.	Difícil, devido à forma como as políticas públicas são feitas.	Boa participação.	Boa participação, mas com pouca rotatividade.	Boa participação.
Relação comunidade-serviço	Interferia por falta de entendimento. Hoje é uma interferência boa	Interfere, é preciso ter uma boa comunicação. São exigentes.	Interfere, como apoio aos profissionais e a UBS; mas pela proximidade também atrapalha no andamento do serviço	Interfere, pois eles são participativos. Ajudam a ter um retorno sobre as ações. Ter a visão do outro lado	Boa relação com a comunidade, mas para interferir é preciso melhorá-la. Muita proximidade atrapalha o cotidiano do serviço	É importante a participação, pra ver o que é preciso fazer.
ESF	Melhora no acesso ao serviço público de saúde.	Melhora no acesso ao serviço público de saúde.	Melhora no acesso ao serviço público de saúde. Conhecer e acompanhar o processo de cuidado.	Melhora no acesso ao serviço público de saúde. Conhecer e acompanhar o processo de cuidado	Agir em demandas específicas (mortalidade infantil) Conhecer e acompanhar o processo de cuidado.	Conhecer e acompanhar o processo de cuidado.

UBS JARDIM SÃO JORGE

	VERDE	LARANJA	AMARELA	AZUL	VERMELHA	ROSA
Formação e tempo na UBS	Enfermeira, especialista; dois anos.	Enfermeiro; dois meses.	Enfermeira, três especializações; seis anos.	Enfermeira, duas especializações; sete anos.	Enfermeira; quatro anos.	Enfermeira; sete anos.
Trabalho da equipe	Elencam prioridades; divisão de tarefas entre médico e enf; planilha com anotação de dados.	Seguem as prioridades da ESF, exames e remédios que podem pedir. Outros problemas vão para consulta.	Seguem as orientações da ESF e tentam adequar o trabalho para contemplar as demandas do território.	Seguem as prioridades da ESF e tentam adequar o trabalho para contemplar as demandas do território por meio de reuniões com os ACS.	Seguem as orientações da ESF e tentam adequar o trabalho para contemplar as demandas do território.	Programa tem prioridades, mas nem sempre são compatíveis com a realidade. Focam as características da área.
Território	Condições diferentes entre 3 microáreas:	Condições de contraste entre padrão razoável,	Área muito vulnerável, “100% SUS dependente”;	Classe média baixa: “não tem muito característica	Condições diferentes entre as microáreas;	Favela urbanizada, há infraestrutura

	entre pobreza total e bom poder aquisitivo; violência.	boas moradias e área de invasão, barracos, esgoto a céu aberto, linha da miséria.	violência; desemprego; gravidez na adolescência; baixa escolaridade.	de pobreza”.	violência; drogas.	; alta densidade; drogas.
Necessidades de saúde	Saúde mental; hipertensão e diabetes; pessoas que precisam se apropriar do cuidado de si; pouco espaço de lazer.	Saúde mental; envelhecimento da população; atividade física.	Problemas “em volta” que fazem as pessoas adoecerem; sofrimento; falta de acesso as políticas públicas; desemprego; falta de atividades.	Hipertensão e diabetes; imediatistas, querem consultas médicas; falta de lazer.	Hipertensão, diabetes; saúde da criança; gravidez na adolescência; falta de áreas de lazer; transporte insuficiente.	Hipertensão e diabetes; doenças do envelhecimento; hanseníase; tuberculose; maus tratos criança e idoso; violência; drogas.
População	Crianças, depois idosos.	Idosos	Adultos, jovens e crianças	Adultos	Crianças	Idosos
O que chama a atenção	Pessoas solidárias em um contexto de violência; trabalho prejudicado pela violência.	Pessoas imediatistas; falta de entendimento sobre o trabalho da UBS.	Falta de cuidado consigo e com o território: sujeira, lixo; falta de união, de iniciativa; vincula isso a baixa autoestima.	Área que só quer ações preventivas, muito curativa; mas observa mudanças.	Moradias insalubres, problemas com lixo e com a higiene da moradia; apáticos no sentido de mobilização social.	Problema das drogas; dificuldade de lidar, intervir; sabe-se lidar com as doenças, mas não com a droga.
Aspectos positivos	Vínculo, conhecer melhor as e as condições de vida.	Vínculo; entender o contexto de vida das pessoas.	Pequenas respostas ao longo do trabalho, na vida das pessoas: fortalecimento, emprego, estudo.	Conhecer a comunidade e poder trabalhar com os problemas reais que ela tem.	Vínculo: conhecer as pessoas, a situação, abre leque para desenvolver o trabalho; reconhecimento.	Conseguir fazer mudanças (orientações, tratamentos) por conhecer a realidade.
Aspectos negativos	Conhecer a realidade e não conseguir resolver todos os problemas.	Conhecer a realidade e não conseguir resolver os problemas; limites que trazem angústia ao profissional.	Baixa resposta da comunidade aos incentivos, as propostas; persistência em não seguir as orientações.	Confusão no vínculo estabelecido; exigem ações imediatas; falta de limites mais claros atrapalha o atendimento.	Má interpretação desse vínculo, que é usado para “burlar” a rotina estabelecida.	Conhecer a realidade e não conseguir resolver todos os problemas; traz angústia, estresse; diferenciar o que pode resolver.
Participação	Se não houver aceitação pela comunidade	Depende do grupo há boa participação	É baixa... trabalho de formiga com a comunidade,	Pouca participação em grupos, atividades	Participação boa-razoável; não tem representante	Depende do grupo há boa participação. Nas

	não é possível desenvolver o trabalho. Tem que haver uma troca entre ambos.	(artesanato). Caminhada pouca gente. Barganhar para ter participação.	mas percebe um avanço. Entendem mais o que a UBS faz.	diferentes como passeio; querem consultas.	da área no conselho gestor; falta mobilização social.	orientações é preciso diversificar sempre.
Relação comunidade-serviço	Individual para seguir tratamento; comunidade: passeatas, parcerias com outros equip.; poucas iniciativas, estão ampliando; precisa aceitação.	No Jd. Angela havia mais participação popular. Percebe que as pessoas não valorizam o poder de participação que têm.	Não interfere na programação da rotina de trabalho na UBS; a comunidade vem pros grupos, mas não interfere no processo de trabalho.	Interfere, pois eles boicotam o que você faz; é preciso ter um bom vínculo, por exemplo com os ACS, senão a comunidade não recebe.	Não pontualmente, mas ao se considerar o contexto (renda, moradia, ...) sim, pois a atendimento, fica meio truncado; depende do intersectorial.	Interfere pra melhorar, ao entender o que realmente se passa, como não acompanhar um tratamento, e poder mudar a maneira de intervir.
ESF	Objetivo de “aproximar”; ACS é o tradutor da realidade para ajudar no planejamento; compartilhar vários saberes, descentralizar o cuidado, a assistência.	Fortalecer o vínculo do usuário com o serviço. Resolver problemas no nível da atenção básica. Evitar que a pessoas chegue no outro nível.	Trouxe fortalecimento para as famílias; mudança de visão; participação da vida um do outro que gera trocas e propicia fortalecimento .	Ver o paciente como um todo, atende a família, conhece sua história; possibilita observar uma série de coisas que estão juntas.	Não foca só a doenças, mas a dinâmica familiar; o vínculo é bem maior; é um olhar diferenciado.	Trabalho de formiga que trás mudanças; intervir na dinâmica da prevenção; ver a dinâmica familiar e levantar problemas.

UBS VILA DALVA

	LARANJA	VERDE	VERMELHA	AMARELA
Formação e tempo na UBS	Enfermeira; um ano e três meses.	Enfermeira; 3especializações, mestrado; um ano e oito meses.	Enfermeira; dois anos e quatro meses.	Enfermeira; uma especialização; quatro anos e meio.
Trabalho da equipe	Prioridades da ESF; cada um tem suas atividades.	Tentam lidar com a saúde em uma perspectiva ampliada; prioridades da ESF e também as do próprio território	Trabalho na equipe e revezamento em outras funções da UBS.	Diagnóstico de comorbidade- planejamento anual, metas para trabalhar necessidades das microáreas.
Território	Condições diferentes: uma com pobreza, problemas de droga, violência, gravidez ad., criança sem escola; outra melhor, com problemas de abandono de idosos, depressão.	Condições diferentes: área com casas de alvenaria e outra de invasão, palafitas, condição extrema de habitação; violência, drogas, fome, negligência. Pacientes restritos ao lar.	Condições diferentes: uma área de classe média e outra de risco; mas com muitos “SUS dependentes” em ambas. Drogas, gravidez, adolescentes na rua.	Condições diferentes: uma microáreas de casas melhores e outra maior de risco.
Necessidades	É tudo... depressão;	Questões sociais;	Hipertensão e	Hipertensão e

de saúde	problemas ortopédicos; muita coisa que “não é da saúde, mas acaba afetando”.	demanda psicológica “infinita”; restritos ao lar; jovens sem ocupação recorrem ao tráfico; emprego; lazer; dinâmica de sofrimento familiar.	diabetes; saúde mental; Muitas gestantes, não chega a ser problema, elas “optam”; saneamento básico, criança com diarreia, problemas respiratórios; moradia, transporte, lazer.	diabetes; saúde mental (são mais difíceis de lidar); crianças e gestantes; questões sociais, carências, pelas dificuldades da vida; dependência do serviço.
População	Crianças e idosos.	Idosos nas casas e jovens nas palafitas.	Jovens e crianças.	Crianças na favela e idosos na outra área.
O que chama a atenção	Criança em situação de risco, fora da escola; mulheres que não trabalham, engravidam; idoso morando sozinho sem ter condições.	Todos são SUS dependentes, da equipe, o que gera muita angústia. É “assustador” alguns casos, analfabetos, isolamento...	Vulnerabilidade social de crianças e adolescentes.	Sofrimento e má qualidade de vida; conflitos familiares, muito sofrimento em volta das histórias.
Aspectos positivos	Vínculo: conhecer a pessoa; trabalhar com a família; promoção e não só doença.	Grande porta de entrada para o sistema; conhecer as pessoas e sua realidade.	Vínculo: facilita o atendimento e a intervenção.	Proximidade que ajuda melhorar a qualidade do atendimento por conhecer a situação toda.
Aspectos negativos	Levantar demandas que nem sempre são possíveis de atender; situações que não mudam pós-intervenção; gera frustração no profissional	Frustração por não conseguir resolver os problemas; ansiedade dia e noite pelos casos não resolvidos; dilemas.	Identificar coisas que não cabe a equipe resolver; questão de terem que respeitar a vontade das pessoas; gera angústia.	Falta de limites mais claros entre o vínculo que é estabelecido, pessoas interrompem atendimentos, procuram ACS fora de hora.
Participação	Pouca, inclusive nas práticas corporais; “as pessoas não aderem”; melhora um pouco nos grupos vinculados a consultas.	Não, tem que insistir muito para a pessoa aderir; a demanda deles é medicalizada (remédios, receita, exames); dificuldade de entendimento das propostas.	Participam, há um bom vínculo com a comunidade; a procura maior é mesmo por consulta médica.	Participam, mas há dificuldade para “engrenar”; e pessoas que querem participar de tudo, devido a solidão.
Relação comunidade-serviço	O vínculo é fundamental para poder desenvolver as atividades. Tentam planejar os grupos pela demanda deles.	O vínculo é um instrumento de trabalho que ajuda a conhecer as necessidades, valores, trocar saberes e aí alterar a intervenção; é preciso conhecer a comunidade.	O vínculo maior com a comunidade possibilita conhecê-la e ver as coisas de outra forma.	Acho que não deveria interferir: problema no CG; fundamental a participação da comunidade, mas é preciso critérios para não existir “abuso de poder”.
ESF	Trabalho diferencial, com os ACS; decisões em equipe; acompanhamento dos pacientes; tudo isso interfere no sucesso do atendimento.	Melhorar o acesso; informar quais serviços podem usar; porta de entrada que orienta os caminhos adequados.	Conhecer melhor a família e a comunidade; atender mais aqueles que não têm oportunidade; melhorar os encaminhamentos; promoção e prevenção.	Proximidade, conhecer a pessoa e os fenômenos de sua vida; envolve mais do que ações medicamentosa; ver além do indivíduo que não conta tudo.

JARDIM D'ABRIL

	AZUL	VERMELHA	AMARELA	VERDE
Formação e tempo na UBS	Enfermeira, uma especialização; dois anos.	Médico, três especializações; cinco meses na UBS.	Enfermeiro; um ano.	Auxiliar de Enfermagem; um ano.
Trabalho da equipe	Trabalham em conjunto med/enf/ACS. Metas para atingir por mês; reuniões; decisões coletivas.	Trabalhar a parte clínica das prioridades da ESF; visão de clínica ampliada: pessoa-sociedade; importância do ACS.	Trabalham com as prioridades da ESF e com os casos especiais levantados pelos ACS.	Trabalham com as prioridades da ESF e identificando as principais necessidades da comunidade.
Território	Área pequena de risco; favela construída em uma praça ocupada; violência; mulheres de presidiários; esconderijo, raptos.	Baixa renda; violência; drogas; destaca Instituto André Franco e As. de Bairro para compor.	Duas microáreas diferentes, uma mais pobre e outra de melhores condições	Área média-baixa renda; abandono de idosos e crianças.
Necessidades de saúde	DST/AIDS; gestantes adolescentes; problemas sociais; famílias desestruturadas; educação; esgoto a céu aberto.	Hipertensão, diabetes e obesidade; ansiedade, sofrimento mental e emocional; violência; emprego; educação; educação em saúde.	Hipertensão e diabetes; saúde mental	Hipertensão e diabetes; saúde mental; abandono de idosos e crianças.
População	Jovens	?	Idosos	Idosos, depois crianças
O que chama a atenção	Violência grande, exposta; moradores impõe a violência para conseguir as coisas.	Relação complexa para estabelecer vínculo devido ao profissional anterior; “massa de modelar” que pode ser moldada para melhor.	Muitos idosos com baixa qualidade de vida; falta de lazer.	Falta de atividades, especialmente para as crianças.
Aspectos positivos	Vínculo/proximidade e , confiança que o profissional pode resolver algumas coisas; acompanhar as pessoas; orientar.	Proximidade para ampliar a visão, “descobrir problemas”.	Planejamento para poder acompanhar as pessoas, evitar chegar nos outros níveis de atenção; estar em contato com a realidade da comunidade.	Vínculo que ajuda na parte da prevenção.
Aspectos negativos	Dificuldade de mudança, profissionais que dizem “não vou orientar porque não vai adiantar”; rotina.	Aumenta a demanda sobre a qual se tem que intervir, necessidade de outros profissionais como o NASF.	As pessoas ainda não terem o olhar ampliado sobre o projeto da saúde da família.	Aqueles que “batem de frente” por serem resistentes a ESF.
Participação	Certa resistência, início de implementação; questionam tudo; se	Relacionada ao vínculo que se estabelece. Alta quando se “dá”	Certa resistência, o início de implementação; não entendem muito	Participação boa, cobram quando não tem; depois de superar a vergonha

	vê testada; hoje aceitam mais a idéia do PSF, os grupos...	coisas; baixa quando envolve trabalhar a real necessidade.	bem as funções da equipe; trabalho de formiga.	inicial interação bastante.
Relação comunidade-serviço	Interfere; não adianta falar e fazer as coisas se eles não participarem; os atendimentos dependem deles.	Na postura biomédica não interfere; mas interfere quando se olha a comunidade e seus problemas, suas demandas; “querer receita que o outro médico dava”; ansiedade e medo que as pessoas vivem, “desconfiam” do profissional.	Interfere devido à visão medicalizada que as pessoas ainda têm; dificuldade de ver a importância das outras atividades.	Interfere porque é preciso estabelecer um vínculo com eles, por isso, no início o trabalho é difícil; tentam não forçar, dar tempo para as coisas acontecerem.
ESF	Ainda falta entendimento da população; importante não só para as comunidades carentes; falta entendimento de modo geral do papel da UBS, da prevenção...	Organizar e dar credibilidade ao sistema de saúde; interferir nas políticas públicas: educação, segurança; dar empoderamento ao povo (social, cultural, direitos...).	Não entenderam ainda o SUS, equipe ficou desfalcada muitos meses.	O acolhimento e o apoio da unidade fortalecem a comunidade.

REAL PARQUE

	1	2
Formação e tempo na UBS	Médico; mestrado, doutorado, foi prof. Univ.; é corretor de seguro; um ano e meio.	Médica; há dez anos na ESF e dois meses na unidade.
Trabalho da equipe	PSF muito normativo; procura trabalhar de acordo com a cultura do povo indígena. Ex. da ACS pajé. Atividades diversas: horta, bingo da hipertensão, empréstimo de livros...	Protocolos e prioridades da ESF; problemas sociais; mapeamento “território inteligente”; horário na comunidade e na UBS e de VD; perfil da comunidade.
Território	Agrupamento indígena que mora da favela junto com não índios; carteira indígena, ser da família para pertencer a a equipe, não se mapeia pelas casas, pois estão intercalados na área.	Condições precárias, casas de “material reciclável”; ocupação desordenada; drogas.
Necessidades de saúde	Hipertensão, diabetes e obesidade; falta de espaços de lazer, de atividade física; falta ocupação; muita droga.	Saúde da mulher (falta de referência), gestantes; problemas sociais; saúde mental; meio ambiente (lixo); má alimentação; vida ruim, estresse.
População	Crianças e idosos	Idosos nas casas e jovens nas palafitas.
O que chama a atenção	Falha existente na parte educacional, nível cultural muito baixo; desocupação; falta de espaço físico para construir coisas e suprir essas falhas; <i>invadir</i> .	Questão social; desordem; uso de drogas normalmente nas ruas.

Aspectos positivos	Conhecer a pessoa, a casa, as condições de vida.	Conhecer a realidade e poder lidar com ela.
Aspectos negativos	Burocracia que dificulta a resolução de determinados assuntos; rigidez da rotina de trabalho; valorizar mais o quantitativo do que o qualitativo nos atendimentos; choque de interesses.	As drogas e a violência, por limitar o acesso e o trabalho dos profissionais.
Participação	As atividades precisam ser bem atrativas, precisa de motivação e liderança.	Não é muito, 30%; as pessoas ainda procuram pela medicina curativa.
Relação comunidade-serviço	Mais difícil no começo, mas foi havendo esclarecimento, no sentido de mediar o que eles pedem e o que não da pra ser feito, como exigir exames.	Interfere, muda, porque é possível conhecer desde a linguagem corporal da pessoa até onde ela mora; conhecer o paciente integralmente.
ESF	Conhecer a pessoa, a casa/barraco, a área e seus problemas; “ambientaliza o processo”.	Fazer o atendimento integral é o único programa que consegue fazer isso.

APÊNDICE D - Levantamento dos equipamentos sociais e de lazer das UBS's por território de equipe de Saúde da Família

Os quadros que se seguem foram organizados de acordo com as informações obtidas nas entrevistas, quando as participantes eram questionadas sobre a existência de equipamentos sociais e de lazer em seu território e também pela consulta do mapeamento geral das Unidades. As UBSs, em conjunto com as equipes de ESF, realizam um levantamento dos equipamentos existentes na área de abrangência de modo geral, e, em alguns casos separados também por território de equipe. Isto é realizado de modo a facilitar as parcerias e os encaminhamentos para outros serviços. Assim, além dos dados referidos nas entrevistas individuais, esse mapeamento geral das UBS's também foi consultado. Nas Unidades Jardim São Jorge e Vila Dalva a consulta foi realizada com as assistentes sociais; no Real Parque e Boa Vista diretamente com a gerente; e, no Jardim D'Abril os dados apresentados se referem apenas as entrevistas, pois o mapeamento ainda estava em construção.

Quadro 1 – UBS Jardim Boa Vista

Vermelha	Centro Comunitário (* faz parte também da área Branca)	Desenvolvem atividades no Centro Comunitário.
	Parque* (em construção)	Pouco uso em relação aos espaços de lazer, uso inapropriado.
	Uma quadra	
	Escola Técnica	
	Creche	
	EMEI	
Branca	Centro Comunitário*	Desenvolvem atividades no Centro Comunitário.
	Parque* (em construção)	Usam, mas se refere principalmente ao Centro Olímpico Mário Covas, que não é específico do território.
	Uma Quadra	
	Escola Técnica	
	Igrejas (Católicas e Evangélicas)	
	EMEI	
Azul	Creche	Existe o prédio, o local para o Centro Comunitário, mas participação não é efetiva, só distribuição de leite. Não cita atividades da equipe junto ao Centro Comunitário.
	Uma escola privada e outra pública	
	Associação Filantrópica Micael (ligada a escola privada)	
	Centro Comunitário (praticamente não funciona)	
	Igrejas	

Verde	Igrejas (Católicas e Evangélicas)	Não cita atividades da equipe junto à Associação. Destaca o problema dos equipamentos de lazer em relação ao território.
	Associação de moradores (retomando as atividades)	
	Uma praça na beira do córrego (em péssimas condições).	
Lilás	Igrejas (usam esse espaço também para desenvolver atividades da equipe)	Não tem Centro Comunitário, mas tem uma líder comunitária ativa.
	Quadra (velha, uso inadequado)	
Amarela	Uma praça “velha”	
	Igrejas	

Quadro 2 - UBS Jardim São Jorge

Vermelha	Liga das Senhoras Católicas (Educandário Dom Duarte)
	Igreja Aliança Cristã
	Nipo Brasileira (igreja)
Rosa	Sociedade Beneficente Oswaldo Moreira (tem uma farmácia comunitária)
	Centro de Juventude Criança Feliz
	Projeto Tesourinha (cursos profissionalizantes)
	Igrejas: Paz e vida; Deus é Amor; Testemunha de Jeová; Batista.
Verde	Grupo de Assistência Social Bom Caminho (oficinas, atendimentos, cestas básicas...)
	Uma praça com banquinhos (é a comunidade que cuida)
Azul	Sociedade Espírita Pequeninos de Jesus - SEPEJ
	Associação de Moradores Elídia Freitas
	Assembléia de Deus
	Igreja Adventista
Amarela	Centro Comunitário
Laranja	Praça – Rua Gêmeas
	Igreja São José

Quadro 3 - UBS Vila Dalva

Verde	Escola Estadual Samuel Klabin (quadra da escola)
	Creche Dom Bosco
	Sede – Associação de Bairro (ACS que cuidam)
Vermelha	Praça Arruda* (entre as áreas)
	Espaço dos Sonhos (para crianças, adolescentes, oferece cursos)
	Igreja Católica
Amarela	Praça Arruda*
	EMEI Maria Carolina de Jesus

	Centro Comunitário Desativado
Azul	Centro de Juventude – Criança Brasil
Laranja	EMEI Álvaro da Silva Braga
	Stefanine (oferece cursos profissionalizantes)

Quadro 4 - UBS Jardim D’Abril*

Vermelha	Associação de Bairro* (mesma que da azul)
	Igreja Batista (oferece várias atividades)
	Instituto André Franco (mas não é aberto a comunidade)
Amarela	Pastorinho
	Escola (usam pra fazer intervenção)
Verde	Associação de moradores Jardim do Lago
	Uma quadra
Azul	Associação de Bairro*

*O Mapeamento ainda está sendo feito pela UBS, os dados aqui apresentados são decorrentes das entrevistas.

Quadro 5 - UBS Real Parque

Duas áreas	ONG Casulo
	Associação de Moradores Visconde
	EMEI e EMEF
	Centro de Juventude?

ANEXO A - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Comitê de Ética em Pesquisa/SMS
 Rua General Jardim, 36 – 1º andar – V. Buarque - fone: 3397.2464

1

São Paulo, 18 de março de 2010.
PARECER Nº 102/10 – CEP/SMS
CAAE: 0279.0.162.000-09

Ilma Sra
Fabiana Fernandes de Freitas

Projeto de pesquisa: Práticas corporais e saúde: a comunidade como referência
Pesquisador Responsável: Fabiana Fernandes de Freitas
Instituição: Universidade de São Paulo – Escola de Educação Física e Esporte
Local onde os dados serão coletados: Real Parque, Jardim Boa Vista, Vila Dalva, Jardim São Jorge e Jardim D'Abril

I - Sumário Geral do Protocolo

A comunidade recebe diferentes olhares quando é observada e pode ser fonte de discussões de cunho filosófico e político em torno do seu significado e das suas relações com a sociedade atual (ESPOSITO, 2007; HABERMAS, 2007). Assim, primeiramente, o objetivo da revisão literária deste projeto reside em realizar uma aproximação de questões referentes à comunidade do ponto de vista conceitual, para em seguida estabelecer relações entre esta e a sociedade e, por fim, com a saúde e as práticas corporais.

O projeto tem como **objetivo geral:** Identificar lógicas e conceitos presentes no cotidiano de uma comunidade do Distrito do Butantã no que se refere às práticas corporais e saúde, e contemplá-los como elementos orientadores em formulações teórico-práticas da Educação Física.

Como objetivos específicos;

1. Identificar com quais áreas é possível interagir por meio do conceito de comunidade;
2. Identificar e caracterizar o conceito de comunidade dentro da Educação Física;
3. Relativizar saberes hegemônicos voltados para a saúde à luz dos saberes da comunidade.

Trata-se de estudo de caráter qualitativo, composto por três etapas:

1. delimitação do território onde se dará a coleta dos dados. Os territórios pesquisados serão aqueles compostos pela área de abrangência das Unidades Básicas de Saúde Real Parque, Jardim Boa Vista, Vila Dalva, Jardim São Jorge e Jardim D'Abril. Eleger um território onde se dará a segunda e terceira etapas do projeto.
2. realizar observação participativa de reuniões ou atividades realizadas nas comunidades. Esta observação terá duração de 6 meses a um ano.
3. realizar entrevistas semi-estruturadas com os membros da comunidade. As entrevistas serão gravadas e transcritas integralmente.

II - Considerações.

A Folha de Rosto está corretamente preenchida, o currículo do pesquisador responsável está de acordo com a proposta da pesquisa. O cronograma e orçamento estão adequados.

A metodologia é adequada aos objetivos; impõe condição mínimas de risco/desconforto ao sujeito da pesquisa.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – adequado.

III - Parecer do CEP: Projeto APROVADO

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Comitê de Ética em Pesquisa/SMS
Rua General Jardim, 36 – 1º andar – V. Buarque - fone: 3397.2464

2

CAAE: 0279.0.162.000-09

Antes do início da coleta de dados, alertamos para a necessidade de contato com o gerente da unidade quando não foi ele quem autorizou a realização da pesquisa.

Salientamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. O relatório final deve ser apresentado ao CEP, logo que o estudo estiver concluído.

Jose Araújo Lima Filho
Coordenador
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/SMS