UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE EDUCAÇÃO FÍSICA E ESPORTE

“LAZER E SAÚDE”
AS PRÁTICAS CORPORAIS NO SISTEMA PÚBLICO DE SANTO ANDRÉ

Marcos Warschauer

SÃO PAULO
2008

“LAZER E SAÚDE”:
AS PRÁTICAS CORPORAIS NO SISTEMA PÚBLICO DE SANTO ANDRÉ

MARCOS WARSCHAUER

Dissertação apresentada à Escola de
Educação Física e Esporte da Universidade de São
Paulo, como requisito parcial para obtenção do
grau de Mestre em Educação Física.

ORIENTADOR: PROF.^aDR^a. YARA MARIA DE CARVALHO

Warschauer, Marcos

“Lazer e Saúde”: as práticas corporais no sistema público de Santo André / Marcos Warschauer. – São Paulo: [s.n.], 2008. xi, 214p.

Dissertação (Mestrado) – Escola de Educação Física e Esporte da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Profa. Dra. Yara Maria de Carvalho.

1. Práticas Corporais. 2. Saúde Coletiva. 3. Promoção da Saúde. 4. Educação Física. I. Título.

AGRADECIMENTOS

Três anos se passaram... Muitos foram os parceiros que me acompanharam nessa trajetória... Alguns eu trouxe da infância, outros tive a felicidade de “encontrar” ou reencontrar. Foram três anos muito “intensos”, que modificaram a minha vida e, certamente, serão inesquecíveis. Agradeço a todos que me impulsionaram em mais uma conquista.

À Yara, minha orientadora, pessoa de grande coração, coragem e com quem aprendi muito. Seus ensinamentos modificaram minha forma de pensar e trabalhar, como mostro no desenrolar do texto. Obrigado, Yara.

Incluo também os membros do Grupo de Educação Física e Saúde Coletiva, que me ajudaram a entender o significado do trabalho coletivo e da existência do “todo” como unidade.

Nesse afetuoso agradecimento coletivo, não estão somente os que contribuíram técnica ou conceitualmente, estão também todos os que me “suportaram na alegria e na tristeza, na vida e na morte”.

Na “morte” descansa minha sogra, que faleceu durante essa caminhada e que foi uma das minhas “tietes” desde a luta para o ingresso no mestrado até hoje na luz de alguma estrela.

Na alegria e na tristeza destaco a minha companheira Andréa, que juntamente com o meu filho Pedro, “o grande”, e a minha “princesa” Gabriela, suportaram a ausência do pai durante esse longo período.

Se ausente para alguns, muito presente para outros, na moradia acolhedora dos eternos amigos Fernando Tocchio (de infância) e Priscila Perazzo, em Santo André, viabilizando esta conquista. Com especial destaque aos seus maravilhosos filhos Fernandinho (Roberto) e Daniel (Erasmus) que me emprestaram o seu quarto de brinquedos para inúmeros pernoites.

No reencontro com Eduardo Tadeu (e sua companheira Mildred) - amigo de faculdade - que acreditou no meu potencial profissional e possibilitou a construção de um trabalho social e significativo.

Do reencontro ao encontro, agradeço à Sandra Andrioli, amiga, incentivadora e profissional de “mão cheia”; suas dicas, correções no texto e dedicação foram fundamentais.

Lembro ainda de Lourdes D’Urso, profissional de saúde, amiga, pessoa de grande coração. Nossa troca de experiências com relação às práticas corporais e os debates sobre temas ligados à Saúde Coletiva contribuíram sensivelmente na minha formação profissional.

Minha gratidão aos meus pais Claus e Aurora, pela dedicação ao longo da minha vida, compreensão e credibilidade com o filho caçula e aos meus irmãos Paulo, Cecília e Alice e também a Ana Célia, Flávio, Sérgio, Mônica, vovô Chico, Daniel, Beatriz, André, Rodrigo, Serginho e Felipe, com quem pude “recarregar minhas baterias” nessa longa jornada.

Aos meus amigos, novos e “velhos”, distantes e próximos, do Lazer e da Saúde, que de alguma forma contribuíram com a construção desse trabalho.

E por fim, agradeço ao Ricardo Dal’Antonia pela leitura final , além de todas as demais pessoas que, direta ou indiretamente, contribuíram com essa minha conquista.

SUMÁRIO

Página

LISTA DE TABELAS	vi
LISTA DE FIGURAS.....	vii
LISTA DE SIGLAS, ABREVIACÕES E SÍMBOLOS	viii
RESUMO.....	x
ABSTRACT	xi
INTRODUÇÃO	1
1. Encontrando o caminho.....	9
1.1. Formação Profissional	9
1.1.1. O currículo.....	11
1.2. Cruzando caminhos.....	17
1.3. Percurso Metodológico	18
1.3.1. Objetivos	18
1.3.2. O campo	19
1.3.3. Fundamentação teórico-conceitual	21
1.3.4. Objeto de estudo	22
1.3.5. Espaço de pesquisa	23
1.3.6. Aproximação do campo de pesquisa	26
1.3.7. Entrevistas	28
2. Emaranhado conceitual.....	29
2.1. O Lazer.....	29
2.2. Atividade Física e Exercício Físico	31
2.3. Práticas Corporais	35
2.4. Saúde.....	39
2.5. Promoção da Saúde.....	42
2.6. Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)	47
3. O Projeto LAZER E SAÚDE	51
3.1. Programa de Práticas Orientais	51
3.2. Programa Caminhando para a Saúde.....	56

3.3.	Centro de Fortalecimento Muscular (CFM).....	60
4.	Matriz dos Relatos	64
5.	Análise Temática dos Resultados	141
5.1.	Intersetorialidade	151
5.1.1.	Ação Conjunta	153
5.1.2.	Setor do setor	154
5.1.3.	O projeto Lazer e Saúde ou as práticas corporais	156
5.1.4.	Dono, parceiro ou colaborador	159
5.1.5.	Comunicar é costurar	161
6.	Análise dos Sujeitos	163
6.1.	A Saúde Coletiva	163
6.1.1.	Sujeito 1:.....	164
6.1.2.	Sujeito 2:.....	168
6.1.3.	Sujeito 3:.....	172
6.1.4.	Sujeito 4:.....	176
6.1.5.	Sujeito 5:.....	185
6.1.6.	Sujeito 6:.....	188
6.1.7.	Sujeito 7:.....	193
6.1.8.	Sujeito 8:.....	200
7.	Considerações Finais	206
	Referências Bibliográficas	211

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Aulas de Práticas Orientais oferecidas em 2006 (adaptado)	54
Tabela 2: Aulas de Práticas Orientais oferecidas em 2007 (adaptado)	55
Tabela 3: Média e número de participantes do programa Caminhando para a Saúde	60
Tabela 4: Temas relativos à implementação das práticas corporais no Sistema Público de Saúde encontrados na análise dos resultados:	142
Tabela 5: Classificação dos temas em função de sua recorrência	144
Tabela 6: Ponto de vista do Departamento de Lazer	145
Tabela 7: Ponto de vista da Secretaria de Saúde	145
Tabela 8: Ponto de vista dos gestores	147
Tabela 9: Ponto de vista dos gerentes	147
Tabela 10: Classificação dos temas em função de sua recorrência	148
Tabela 11: Ponto de vista do Departamento de Lazer	149
Tabela 12: Ponto de vista da Secretaria de Saúde	149
Tabela 13: Ponto de vista dos gestores	150
Tabela 14: Ponto de vista dos gerentes	151

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Caminho percorrido	9
Figura 2: Divisão entre as disciplinas teóricas e práticas, oferecidas pelo currículo da Escola de Educação Física e Esporte da USP, durante o período de 1985 a 1988.	11
Figura 3: Divisão entre as modalidades esportivas e as outras atividades oferecidas pelo currículo da Escola de Educação Física e Esporte da USP, durante o período de 1985 a 1988.....	12
Figura 4: Divisão entre as disciplinas teóricas, oferecidas pelo currículo da Escola de Educação Física e Esporte da USP, durante o período de 1985 a 1988.....	13
Figura 5: Organograma da Secretaria de Saúde.....	23
Figura 6: Organograma da Secretaria de Cultura, Esporte e Lazer	24
Figura 7: Organograma da Secretaria de Educação e Formação Profissional	25
Figura 8: Mapa da divisão das Gerências Regionais de Saúde de Santo André	27
Figura 9: Mapa das práticas corporais em Santo André.....	63
Figura 10 Estrutura original da matriz de relatos	64

LISTA DE SIGLAS, ABREVIACÕES E SÍMBOLOS

CEPEUSP	Centro de Práticas Esportivas da Universidade de São Paulo
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CESAS	Centro Educacional de Santo André
CFM	Centro de Fortalecimento Muscular
DAS	Departamento de Assistência à Saúde
DCNT	Doenças Crônicas não Transmissíveis
DEIF	Departamento de Educação Infantil e Fundamental
DET	Departamento de Educação do Trabalhador
FAPESP	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
OSCIP	Organização da Sociedade Civil de Interesse Público
PA	Pronto Atendimento
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PSF	Programa Saúde da Família
SCEL	Secretaria de Cultura, Esporte e Lazer
SEBRAE	Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas
SEFP	Secretaria de Educação e Formação Profissional

SS	Secretaria de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UBS	Unidade Básica de Saúde
US	Unidade de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família
USP	Universidade de São Paulo

RESUMO

“LAZER E SAÚDE”: AS PRÁTICAS CORPORAIS NO SISTEMA PÚBLICO DE SANTO ANDRÉ

Autor: Marcos Warschauer

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

Historicamente, a Educação Física tem sido vinculada à área da Saúde fundamentada em uma visão predominantemente biológica. Entretanto, nos últimos tempos, os enfoques que privilegiam as necessidades sociais em saúde têm conquistado mais espaço. Nesse sentido, o propósito deste trabalho foi buscar subsídios no campo da Saúde Coletiva – área que dialoga com as ciências humanas e sociais – para compreender os limites e as possibilidades da implementação das práticas corporais via o Sistema Único de Saúde (SUS). A referência documental, institucional e política foi o projeto Lazer e Saúde, promovido pela Prefeitura de Santo André, no ABC paulista. Metodologicamente falando, adotamos a pesquisa qualitativa de modo a enfatizar a análise temática. O material coletado – entrevistas, diário de campo e observações – foi organizado no formato de matriz planificada, que nos orientou na construção de dois eixos de análise: o primeiro, denominado *análise temática*, possibilitou a identificação dos principais temas surgidos a partir das entrevistas e suas respectivas relevâncias; o segundo, denominado *análise do sujeito*, permitiu a visualização dos resultados sob o ponto de vista de cada sujeito, ou seja, pelos dados colhidos nas entrevistas, foi possível promover um “diálogo” entre a Educação Física e a Saúde Coletiva. Os resultados apontaram a intersetorialidade como um dos principais temas no processo de implementação das práticas corporais no sistema público de saúde, evidenciaram a importância da aproximação entre campos de produção de conhecimento e, especialmente, o papel da Educação Física como protagonista na pesquisa e na intervenção quando se trata do processo saúde-doença.

Palavras-chave: Lazer; Saúde; práticas corporais; Educação Física; Promoção da Saúde; Saúde Coletiva

ABSTRACT

“LAZER E SAÚDE”: CORPORAL PRACTICES IN THE SANTO ANDRÉ PUBLIC SYSTEM

Author: MARCOS WARSCHAUER

Adviser: PROF.^a DR^a. YARA MARIA DE CARVALHO

Physical Education has been historically associated with health in its chiefly biological view. However, the focus favoring the social needs in health has been gaining ground lately, which encouraged this study to gather material in the field of Collective Health – an area confining with human and social sciences – in order to understand the limits and the possibilities of implementing corporal practices through Sistema Único de Saúde (SUS). “Lazer e Saúde”, a project conceived and sponsored by Santo André municipal administration, served as the documental, institutional, and political references for this study. As to methodology, qualitative research was adopted to emphasize *theme analysis*. All material gathered – interviews, field diaries, and notes – was shown in a planned matrix, leading to the construction of two axes of analysis: the first, theme analysis, made it possible to single out the chief themes emerging from the interviews and their importance; the second, *subject analysis*, allows viewing results for each individual’s standpoint, i.e., the data collected in the interviews smoothed the path for a “dialogue” between Physical Education and Collective Health. Results show commingling as one of the chief themes in the process of implementing corporal practices in the public health system, stressed the importance of drawing the fields of knowledge production closer and in particular the role of Physical Education as a leading factor in the research and in the intervention when the subject concerns the process of health and/or its loss.

Keywords: leisure, health, corporal practices, physical education, health promotion, collective health

INTRODUÇÃO

Manhã de terça-feira. O céu estava totalmente azul e o sol despontava ainda tímido, prometendo que aquele seria mais um dia quente, típico da primavera brasileira.

Eram sete horas da manhã quando cheguei àquela praça, com a máquina fotográfica nas mãos, pronto para mais uma observação dos grupos de caminhada, promovida pela Secretaria de Saúde de Santo André.

A praça chamava a atenção pelo seu cuidado: muitas plantas e flores, deliberadamente distribuídas por toda a parte, delimitavam uma grande pista de caminhada, na qual as pessoas faziam seus exercícios físicos. Não se poderia dizer que aquele era o local "ideal" para a prática da caminhada, pois a praça não era plana nem possuía grandes árvores, cujas sombras pudessem proteger aquelas pessoas do sol. Mas a praça estava cheia, com muitas pessoas caminhando ladeira acima e abaixo. As árvores que lá estavam ainda eram pequeninas, recém-plantadas, indicando que aquele era um local novo, recém-construído e muito bem cuidado.

Preocupado em observar as movimentações e as relações das pessoas que praticavam a atividade, ainda que atento às particularidades do ambiente, fui surpreendido com a fala de um senhor que passeava com seu cachorro e que se aproximou de mim:

- Desculpe-me interrompê-lo, mas, como o senhor pode ver, estamos com problema nesta sarjeta, já fiz alguns pedidos à prefeitura, mas ainda não fomos atendidos.

Percebendo o equívoco da situação, expliquei-lhe que estava apenas observando as pessoas que caminhavam e admirando aquela praça.

- Realmente, ficou muito agradável. Não sei se o senhor sabe, mas fomos nós que a construímos, com a nossa luta – respondeu-me o senhor.

- Como assim? - perguntei interessado.

- *Pois então, construímos com as nossas mãos. Isso tudo era um grande matagal, local em que a garotada se reunia para se drogar, além de outras coisas. Foi realmente uma luta. A vizinhança se reuniu e conseguiu levar este problema até o orçamento participativo. Batalhamos, batalhamos e conseguimos que fosse aprovada a construção desta praça. Aí, então, a prefeitura colocou o material aqui e nós colocamos a mão na massa: espalhamos a terra, plantamos cada flor e cada árvore que você está vendo. Espalhamos a serragem na pista e plantamos a grama. Valeu ou não valeu a pena? É uma satisfação ver que as pessoas estão usando, caminhando, fazendo a sua ginástica.*
- *E o senhor não caminha com eles?*
- *Não, eu gosto é de caminhar com o meu cachorro. Toda manhã, desço a rua, vou até lá embaixo e volto. Não gosto de ficar andando aí na praça.*
- *É verdade, é importante gostar do que fazemos. E a manutenção da praça, como é feita?*
- *Nós mesmos é que fazemos, cada um cuida de uma parte. Sabe, esta praça foi feita com muito esforço, é como se fosse o jardim das nossas casas.*
- *Desculpe-me, não entendi... Vocês dividem a praça em pedaços e cada um cuida do seu?*
- *Não, cada um cuida do que acha que deve ser cuidado. Quando alguém está em casa sem fazer nada, vem para cá com a sua enxada carpir, cuidar do que é nosso.*
- *Então, a reivindicação da comunidade realmente funcionou?*
- *Ah! É assim que funciona. Moro aqui há muitos anos... Meu filho estudou em escola pública, brigamos para termos boas aulas e hoje ele está na faculdade. Aqui, nesta praça, aquela molecada que vinha aqui se drogar, não vem mais.*
- *Entendo...*

- *Bom, vou andando, preciso terminar a volta com o cachorro. Tenha um bom dia.*

O homem se afastou da mesma forma que apareceu e eu fiquei ali, observando... Não as pessoas que praticavam o seu exercício físico, mas a possibilidade de uma organização implícita no cotidiano daqueles moradores. Seria mesmo possível que a manutenção daquela praça, tão bem cuidada, poderia ser feita pela comunidade, sem qualquer tipo de obrigação ou divisão de trabalho?

Não sei quanto tempo durou a reflexão, mas, quando consegui “retornar meu olhar” para a praça, pude reparar que, entre as pessoas que praticavam “saúde” pela caminhada, havia um senhor com mais ou menos 70 anos, vestindo um chapéu de palha e com uma enxada nas mãos, plantando, replantando, limpando, enfim, “cuidando”...

Será que aquele senhor que estava ali “cuidando” estaria ali há muito tempo? Por que eu não percebera a sua presença, se o que eu fazia ali era exatamente o exercício da observação?

Essa passagem que acabo de relatar, embora não seja o objeto do meu estudo, foi um marco em minha trajetória como profissional de Educação Física. Utilizei-me dela porque me permitiu uma reflexão e questionamentos *in loco* a respeito das práticas corporais, do exercício físico, do lazer e da saúde, por estarem diretamente relacionados com a Política Nacional de Promoção da Saúde.

Outras questões surgiram a partir daquele episódio, questões de cunho filosófico, profissional, social e pessoal. No entanto, as principais questões que ali estavam postas, explicitadas em um sujeito que eu não havia observado, não pretendiam descobrir “Onde está Wally¹”, mas tentar entender por que aquele senhor de chapéu de palha passara despercebido. Além disso, compreender quais seriam as relações existentes entre Educação Física, saúde, comunidade e poder público, implícitas naquele “cuidado”. Afinal de contas, eu, profissional de Educação Física que estava ali no papel de observador, não tinha sido capaz de “encontrar” aquele

¹ *Onde está Wally?* é uma série de livros infantis criada pelo ilustrador britânico Martin Handford. Neles, o leitor é convidado a encontrar um certo personagem, Wally, nas mais variadas ilustrações, repletas de pessoas. Wally se veste com uma camisa e um boné listrado de vermelho e branco, carrega um bastão de madeira e usa óculos.

sujeito com a enxada nas mãos e fazer as devidas relações, o que considero básico na formação dos profissionais que trabalham com os seres humanos.

Esses questionamentos desencadearam o desenvolvimento do presente estudo, por duas principais razões. A primeira delas foi perceber que a minha formação profissional não tinha sido suficiente para dar conta das principais questões que motivavam aquelas pessoas à prática corporal; e a segunda razão foi perceber a necessidade da construção de um trabalho auto-sustentável, que ocorresse independentemente da opção político-partidária vigente no momento, isto é, um trabalho onde a comunidade se organizasse e mobilizasse os devidos setores para a realização dos seus desejos e necessidades relativos ao cuidado em saúde.

Com relação ao primeiro questionamento e tomando por base a minha formação profissional, percebe-se que, historicamente, a Educação Física ligou-se à área da Saúde numa visão predominantemente biológica, como se a atividade física por si só produzisse saúde. Nessa perspectiva, para os profissionais dessa área, perguntas do tipo “quantas vezes por semana se deve praticar uma atividade física” ou ainda “qual é a melhor atividade física”, são freqüentemente ouvidas e constituem, de maneira geral, a relação que a Educação Física estabelece com o campo da Saúde (CARVALHO, 2001, p. 27).

Com efeito, para os profissionais da Saúde, os dados estatísticos da atividade física reduzem o fenômeno "a uma relação causal determinada biologicamente, que desconsidera a história da sociedade e que tende a responsabilizar única e exclusivamente o indivíduo por sua condição de vida". Nesse sentido, segundo CARVALHO (2005, p. 19), "a pesquisa e a intervenção dirigidas às pessoas e comunidades à margem do acesso ao trabalho, ao lazer, à educação e à saúde, por exemplo, têm sido pouco priorizadas, ainda que tais grupos sejam aqueles com maiores dificuldades de atingir patamares mínimos, recomendados por organizações internacionais, no que se refere à saúde".

Embora tenha sido este o enfoque hegemônico manifestado por grande parte dos estudiosos sobre a relação Educação Física e Saúde, ele não é o único. Outras abordagens são buscadas, de modo que grupos de estudos e de pesquisas,

ligados principalmente à Saúde Coletiva, “tomam como objeto as necessidades sociais de saúde, com o intuito de construir possibilidades interpretativa e explicativa dos fenômenos relativos ao processo saúde doença, visando ampliar significados e formas de intervenção” (CARVALHO, 2005, p.20).

Sem dúvida, esta aproximação da Educação Física com a Saúde Coletiva re-orienta a área de atuação da primeira para uma visão além das Ciências Biológicas, fundamentando discussões no campo das Ciências Humanas e Sociais, o que proporciona aos profissionais, principalmente aos futuros profissionais de Educação Física, a “compreensão da sua prática pedagógica de maneira contextualizada, considerando os fatores culturais, históricos, econômicos e políticos, de modo que faça contraponto à visão estritamente biológica da prática corporal” (CARVALHO, 2005, p. 25).

Essa visão mais ampliada do sistema saúde-adoecimento e a aproximação da Educação Física com a Saúde Coletiva vêm contribuindo, nos últimos anos, para a formulação, implementação e concretização de políticas de promoção, proteção e recuperação da saúde, o que nos remete ao segundo questionamento, justamente por envolver a possibilidade de construção de um trabalho diferenciado dentro desse campo. Um exemplo disso são os projetos e pesquisas realizadas pelo Grupo de Pesquisa Educação Física e Saúde Coletiva², que recentemente concluiu uma pesquisa no Distrito Butantã³, na cidade de São Paulo, cujo objetivo foi mapear e conhecer as dificuldades, necessidades e expectativas relativas às práticas corporais realizadas nas Unidades Básicas de Saúde desse município. Seus resultados preliminares estão publicados nos anais do 11º Congresso Mundial de Saúde Pública⁴ e nos do XV Congresso Brasileiro de

² Informações sobre o Grupo de Estudos de Educação Física e Saúde Coletiva pode ser adquirido através do portal PES – Portal de Educação Física e Saúde Coletiva –no endereço: <http://pes.incubadora.fapesp.br/portal>.

³ No âmbito da política municipal de saúde de São Paulo, a região do Distrito Butantã compreende os bairros de Butantã, Morumbi, Vila Sônia, Raposo Tavares e Rio Pequeno e responde tecnicamente à Coordenadoria Regional de Saúde do Centro-Oeste.

⁴ O trabalho intitulado “Avaliação das práticas corporais promovidas em Unidades Básicas de Saúde da Região do Butantã – São Paulo” foi apresentado na modalidade pôster no 11º Congresso Mundial de Saúde Pública e o 8º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, realizado no período de 21 a 25 de agosto de 2006 na cidade do Rio de Janeiro, Brasil.

Ciências do Esporte⁵. Outro trabalho também apresentado no 11º Congresso Mundial de Saúde Pública procura entender os sentidos e significados relativos à atividade física e saúde em duas Unidades Básicas de Saúde de Santo André⁶. No campo da avaliação de programas e políticas voltadas para a saúde da população, o Grupo de Estudos está realizando, com o financiamento do Ministério da Saúde, um estudo avaliativo qualitativo de programas de atividade física, em particular o caso dos programas “Academia da Cidade”, desenvolvido na cidade do Recife, e “CuritibaAtiva”, implementado na cidade de Curitiba.

Estes e outros trabalhos e projetos de pesquisa surgiram no bojo das discussões da Saúde Coletiva que vão ao encontro das propostas edificadas pelo Ministério da Saúde no Pacto pela Saúde⁷ e que se encontram definidas na Agenda de Compromissos pela Saúde, lançada em 2005, agregando três eixos: o Pacto em Defesa do Sistema Único de Saúde (SUS), o Pacto em Defesa da Vida e o Pacto de Gestão. Destaca-se aqui o Pacto pela Vida, que “possui especial relevância ao aprimoramento do acesso e da qualidade dos serviços prestados no SUS, com ênfase no fortalecimento e na qualificação estratégica da Saúde da Família; na promoção, informação e educação em saúde, com ênfase na promoção de atividades físicas, na promoção de hábitos saudáveis de alimentação e vida; no controle do tabagismo; no controle do uso abusivo de bebida alcoólica e em cuidados especiais voltados ao processo do envelhecimento” (BRASIL, 2006, p. 3).

Nessa mesma linha, o governo federal propôs uma política transversal, integrada e intersetorial, que conjuga as diversas áreas dos setores público, privado, das entidades não-governamentais e da sociedade, tecendo redes de compromissos

⁵ O trabalho intitulado “As escolhas das práticas corporais e dos profissionais que as conduzem nas Unidades Básicas de Saúde do Distrito Butantã – SP” foi apresentado na modalidade de comunicação oral no XV Congresso Brasileiro de Ciências do Esporte e no II Congresso Internacional de Ciências do Esporte, realizado no período de 16 a 21 de setembro de 2007 na cidade de Pernambuco – PE, Brasil.

⁶ O trabalho intitulado “Sentidos e significados relativos à atividade física e saúde” foi apresentado na modalidade pôster no 11º Congresso Mundial de Saúde Pública e o 8º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, realizado no período de 21 a 25 de agosto de 2006 na cidade do Rio de Janeiro, Brasil.

⁷ O Pacto pela Saúde é um conjunto de reformas institucionais do SUS pactuado entre as três esferas de gestão (União, Estados e Municípios) com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão, visando alcançar maior eficiência e qualidade das respostas do Sistema Único de Saúde. Ao mesmo tempo, redefine as responsabilidades de cada gestor em função das necessidades de saúde da população e na busca da equidade social.

e co-responsabilidades quanto à qualidade de vida da população, nas quais todos se tornem partícipes no cuidado com a saúde.

Nesse sentido, o Ministério da Saúde aprovou e publicou a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) em que as práticas corporais passam a integrar suas ações específicas e sua estratégia de implementação. De acordo com AZEVEDO (2004, p. 5), uma importante dimensão a ser considerada é que as políticas públicas são “definidas, implementadas, reformuladas ou desativadas com base na memória da sociedade ou do Estado em que têm lugar e que por isso guardam estreita relação com as representações sociais que cada sociedade desenvolve sobre si própria”. Uma visão única do campo biomédico não será suficiente para avaliar e formular políticas efetivas no campo da saúde, pois não se atribui significado à definição social da realidade, o que é essencial para orientar os processos de decisão do Estado na formulação e implementação das políticas públicas.

Nesse sentido, acredita-se que o estudo e a avaliação de programas de práticas corporais/atividade física desenvolvidos no sistema público de saúde podem contribuir para a sua implementação, assim como a Educação Física pode protagonizar um papel de relevância no sentido de qualificar esses programas, mediante um olhar mais amplo, oportunizado pela contribuição que as Ciências Humanas e Sociais têm a acrescentar à formação deste profissional.

Tomando como referência a crença no precioso vínculo que pode ser estabelecido entre o campo da Educação Física e Saúde Coletiva, o presente estudo foi desenvolvido no sentido de investigar os caminhos pelos quais tal parceria pode ser facilitada ou dificultada. Temos, então;

Na **primeira** parte, “Encontrando Caminho”, narro as minhas inquietações como profissional de Educação Física e faço uma breve análise do meu currículo de graduação da Escola de Educação Física da USP na tentativa de identificar os motivos de tais inquietações. Ainda nessa parte, encaminho o leitor para o conhecimento do campo de pesquisa e da fundamentação teórico-conceitual utilizada nesse estudo.

Na **segunda** parte, “Emaranhado Conceitual”, procuro analisar criticamente alguns conceitos-chave que utilizarei no decorrer do trabalho, quais sejam: Lazer, Atividade Física, Exercício Físico, práticas corporais, Saúde e Promoção da Saúde, finalizando com algumas referências à Política Nacional de Promoção da Saúde, em especial as ações específicas relacionadas às práticas corporais.

Na **terceira** parte, “o projeto *Lazer e Saúde*”, descreve o projeto e apresenta os seus programas de práticas corporais: as Práticas Orientais, Caminhando para a Saúde e o Centro de Fortalecimento Muscular, a partir das falas dos sujeitos entrevistados

Na **quarta** parte, “Matriz dos Relatos”, apresenta-se a matriz planificada com as intersecções dos sujeitos falantes e dos temas que se revelaram a partir das entrevistas realizadas.

Na **quinta** parte, “Análise Temática dos Resultados”, o foco está na análise dos temas apresentados na matriz de resultados. Inicialmente, realizou-se um estudo quantitativo com base na recorrência dos temas sob os diferentes olhares para, em seguida, analisar com mais profundidade o tema intersectorialidade.

Na **sexta** parte, “Análise dos Sujeitos”, o foco passa para os sujeitos falantes. Verifica-se em que medida os relatos dos entrevistados se aproximam ou se afastam do campo da Saúde Coletiva e do conceito das práticas corporais.

Nas Considerações Finais, encerra-se a investigação explicitando alguns dos principais obstáculos encontrados durante a implementação do projeto Lazer e Saúde e propõem-se alguns caminhos para a sua transposição.

Dessa forma, nosso estudo mantém-se intimamente relacionado àquela situação observada na praça, uma vez que ela motivou uma investigação teórico-conceitual, baseada em entrevistas abertas junto aos diversos sujeitos que integram tal projeto, a fim de identificar os problemas e/ou dificuldades de sua implementação, os principais objetivos, além de analisar os avanços e retrocessos, limites e possibilidades do projeto Lazer e Saúde, tomando com base a Política Nacional de Promoção da Saúde(PNPS).

Figura 1: Caminho percorrido

1. ENCONTRANDO O CAMINHO

1.1. Formação Profissional

Paixão pelo movimento. Esse é o sentimento que tem me acompanhado durante toda a vida. Desde pequeno, no colégio, era fanático pelos esportes, pelos jogos. Durante todos os anos do ginásio e colegial, o enfoque foi sempre o mesmo: movimento. Minha mãe ficava brava, pois não entendia esse sentimento e chegou a me tirar da escola de esportes do Clube Pinheiros para eu "melhorar o meu português". No entanto, apesar de não ser o aluno brilhante que meus pais queriam, sempre fui determinado e objetivo, o que me levou a enfrentar preconceitos (da família) e dificuldades (do vestibular) quando resolvi ingressar na Faculdade de

Educação Física da USP, pois, naquela época, entendia que esporte era sinônimo de Educação Física⁸.

Foram realmente fascinantes os quatro anos do curso de graduação (1995 a 1998). As instalações físicas do campus e o material eram realmente muito bons. Quadras poliesportivas cobertas, piscina aquecida, espaço para dança, judô, musculação... não deixava nada a dever aos grandes clubes esportivos de São Paulo, sem falar no CEPEUSP (Centro de Práticas Esportivas da Universidade de São Paulo), que funcionava praticamente como um anexo da escola. Os jogos recreativos, os campeonatos esportivos, promoveram uma grande integração entre todos os alunos dos diversos anos. As aulas aconteciam em diversas unidades da USP - Medicina, Saúde Pública, Odontologia, Biologia e Educação - ratificando a visão biotecnológica do curso.

Durante essa etapa da formação, não era raro que muitos alunos procurassem trabalho na área da Educação Física. Clubes, recreação em hotéis, acampamentos de férias e até mesmo atividades em escolas compunham os principais locais de atuação dos estudantes (o mercado do *Personal Trainer* não estava tão explicitado como hoje em dia). Trabalhei praticamente todas as minhas férias em acampamentos e em alguns hotéis, haja vista que parte dos conteúdos das disciplinas curriculares era composta por jogos, brincadeiras e esportes recreativos.

Formei-me em 1988. Enfim, era um profissional de Educação Física, graduado por uma das melhores faculdades do Brasil, treinado nos melhores equipamentos e com os melhores materiais. Um sonho realizado. E agora? O mercado estava posto à minha frente, com uma realidade que, na grande maioria das vezes, passava longe dos ensinamentos da academia.

Fui professor em faculdade, trabalhei em clubes, em academias, em condomínios, com adultos, crianças, e sempre notava que as minhas aulas não estavam completas. Sentia que faltava alguma coisa. Com o passar dos anos, percebi que não estava sendo um professor de Educação Física. Estava repassando

⁸ Esporte, atividade física, exercício físico, essa confusão conceitual (discutida no capítulo dois) não era única e exclusivamente minha; permeava grande parte dos alunos que fizeram e ainda fazem a escolha pelo curso de Educação Física.

e corrigindo exercícios físicos aprendidos na faculdade, buscando performance e economia de energia, sem criatividade e sem entender os meus alunos em suas necessidades, vontades e prazeres. Era um professor de física “sem educação”. E o que era pior, não conseguia ser diferente.

Essa insatisfação com a Educação Física, aliada a uma proposta de trabalho financeiramente irrecusável em outra área, acabou por afastar-me da profissão por alguns anos. No entanto, ainda me sentia insatisfeito profissionalmente, de modo que resolvi repensar os meus caminhos.

Por que não conseguia ser diferente? Por que a preocupação estava na correção e nos resultados dos exercícios e não nos significados daquelas práticas? Por que estaria sempre vendo as partes em detrimento do todo?

1.1.1. O currículo

Uma rápida análise sobre o currículo da Escola de Educação Física, vigente no período de 1985 a 1988, pode ser de grande valia para esses questionamentos.

Com efeito, constatamos que das 67 disciplinas oferecidas ao longo do curso de Licenciatura em Educação Física, no referido período, temos uma predominância das disciplinas teóricas, sendo 44 (65,7%) disciplinas teóricas e 23 (34,3%) disciplinas práticas (ginásticas, danças, ritmos, recreação). (Figura 2)

Figura 2: Divisão entre as disciplinas teóricas e práticas, oferecidas pelo currículo da Escola de Educação Física e Esporte da USP, durante o período de 1985 a 1988.

Das 23 disciplinas práticas oferecidas nesse mesmo período, 16 ou 69,6% referem-se às práticas esportivas (basquete, vôlei, futebol, atletismo, handebol, ginástica olímpica, natação, judô), enquanto 7 ou 30,4% referem-se às atividades recreativas (danças, ginásticas, ritmos). (Figura 3)

Figura 3: Divisão entre as modalidades esportivas e as outras atividades oferecidas pelo currículo da Escola de Educação Física e Esporte da USP, durante o período de 1985 a 1988.

Com relação às 44 disciplinas teóricas oferecidas nesse mesmo período, encontramos as seguintes divisões (Figura 4):

- 18⁹ ou 40,9% referem-se às disciplinas específicas, que procuram entender e avaliar o funcionamento do indivíduo em diferentes condições (na maioria das vezes, dividindo-o para entender a sua especificidade);
- 13¹⁰ ou 29,5% referem-se às disciplinas pedagógicas, para dar suporte às aulas práticas, as quais, muitas vezes (5 ou 38,5%) , dividem o indivíduo em fases da vida ou problemas (1ª infância, 2ª infância, adolescência, adulto, senil, Educação Física adaptada);

⁹ Disciplinas Técnicas

Anatomia Geral; Citologia e Histologia; Medidas e Avaliação em Educação Física I; Anatomia do Aparelho Locomotor; Biometria Humana; Nutrição Aplicada à Educação Física; Bioquímica XI; Fisiologia V; Cinesiologia I; Higiene Aplicada à Educação Física; Cinesiologia II; Avaliação em Educação Física I; Aprendizagem Motora Aplicada à Educação Física; Fisiologia Aplicada à Educação Física I; Avaliação em Educação Física II; Fisiologia Aplicada à Educação Física II; Capacidades e Habilidades Motoras I; Capacidades e Habilidades Motoras II.

¹⁰ Disciplinas Pedagógicas

Educação Física na Primeira Infância; Educação Física; Crescimento e Desenvolvimento Humano; Educação Física na Adolescência; Educação Física na Segunda Infância; Educação Física na Idade Adulta e Senil; Estrutura e Funcionamento do Ensino de 1º e 2º graus; Educação Física Adaptada; Processo Ensino-Aprendizagem da Educação Física; Prática de Ensino de Educação Física I; Estágios Programados em Educação Física II; Didática; Prática de Ensino da Educação Física II.

- 4¹¹ ou 9,1% referem-se às disciplinas da Psicologia da Educação e da Educação Física;
- 1¹² ou 2,3% refere-se às disciplinas das dimensões Sociológicas e Filosóficas;
- 8¹³ ou 18,2% referem-se a outros componentes curriculares, compostos por disciplinas administrativas de cunho acadêmico e histórico.

Figura 4: Divisão entre as disciplinas teóricas, oferecidas pelo currículo da Escola de Educação Física e Esporte da USP, durante o período de 1985 a 1988.

Pensando nesse currículo fragmentado, foi o olhar das partes, proporcionado pela ciência biológica por meio da Anatomia, da Fisiologia, da Citologia e da Bioquímica; o olhar da técnica do movimento, pela Cinesiologia e da Aprendizagem Motora, e o olhar do esporte, através da Nutrição, da Biometria e das

¹¹ **Disciplinas Psicológicas**

Psicopedagogia da Educação Física; Psicologia da Educação I; Psicologia da Educação II; Psicologia Aplicada à Educação Física I.

¹² **Disciplinas Filosóficas/sociológicas**

Sociologia da Educação I

¹³ **Outras disciplinas**

Metodização da Pesquisa Científica; Conceitos e Evolução da Educação Física; Características Administrativas da Educação Física; Estudos de Problemas Brasileiros I; Socorros de Urgência; Planejamento em Educação Física I; Planejamento em Educação Física II; Estudos de Problemas Brasileiros II.

Práticas Esportivas, com ênfase nas competições, que compuseram a base da minha formação como profissional de Educação Física.

Nesse sentido, somos impelidos, dirigidos e moldados no entendimento de um ser humano explicado, fragmentado. E então, como esclarece MEDINA (1983), na medida em que tentamos explicar o homem em todas as suas diferentes dimensões, acabamos perdendo de vista a totalidade do ser humano e em que contexto suas variadas facetas se vinculam umas às outras, do mesmo modo que cada indivíduo se relaciona ao coletivo do qual faz parte:

O homem é um ser incompleto e inacabado, e são as suas relações com os outros e o mundo o que o torna possível. O homem isolado é uma abstração. O homem concreto é aquele entendido no seu contexto, inseparável de suas circunstâncias, onde as suas relações se fazem dinâmica e reciprocamente. Isso quer dizer que o mundo, por meio da cultura, do ambiente, do momento histórico e dos valores, enfim, forma – ou deforma – os homens que, por sua vez, constroem – ou destroem – o mundo”. (MEDINA, 1983, p.46).

Valendo-me das considerações feitas por MEDINA (1983), parece-me que é exatamente essa totalidade - base das dimensões sociológicas, filosóficas e políticas, praticamente inexistente no currículo exposto - que nos desorienta e nos impede de observar e entender o homem em movimento, ou seja, em suas relações com o outro, com o ambiente e consigo mesmo. Em relação a isso, o autor prossegue sua análise, indicando que:

A superficialidade e a inautenticidade têm caracterizado a maior parte de nossas relações sociais. A ênfase tem recaído sempre - e cada vez mais - nas técnicas, nas chamadas "receitas culinárias", "pacotes", ou nas informações abstratas que servem, quando muito, para instituir, mas nunca para educar de verdade (MEDINA, 1983).

Transpondo tais pareceres para o campo da saúde, essa crescente fragmentação do conhecimento e do homem, acompanhada do aumento das especialidades médicas e tecnológicas, “provoca uma valorização da atividade física como elemento fomentador e garantidor de saúde” (BRACHT, 2003, p. 16), como pílulas empurradas garganta abaixo, pela proliferação dos “pacotes” de atividades físicas que otimizam o corpo e são cada vez mais enfatizados pela mídia em favor da indústria da beleza. A reboque de toda essa rede de especificidades, o profissional de Educação Física se insere no mercado, copiando, repassando e intervindo, ou seja, “receitando” exercícios para a saúde.

Depois de um tempo afastado da minha área primária de atuação profissional, decidi voltar ao campo da Educação Física e consciente das minhas limitações, comecei a observar as práticas corporais que as pessoas realizavam nos espaços públicos. Numa visita ao campus da USP, num sábado, encontrei várias tendas de *personal trainers* amontoando-se ao longo dos canteiros da raia olímpica, mostrando claramente o interesse das pessoas pela prática da corrida e da caminhada orientada. Na conversa com alguns deles, foi possível perceber que o objetivo do trabalho era o treinamento físico sistematizado e a busca pela performance em prol da melhora da saúde. Como motivação, as falas enfatizavam o gasto calórico, o fortalecimento muscular e a estética corporal com a perda daquela “barriguinha”, ou seja, “vendia-se” uma melhora da qualidade de vida pautada na estética corporal e na saúde biológica. Não existia, aparentemente, um grupo definido: as pessoas chegavam a qualquer hora, munidas de sua planilha, e começavam a se exercitar, utilizando os colchonetes e bebendo água oferecida numa das tendas. O local para o treinamento também não era único: poderia ser ali ou em qualquer outro parque, pois as planilhas eram pré-definidas e mensais. Muitos dos treinadores com quem conversei alternavam o campus da USP e o Parque do Ibirapuera, o que facilitava a prática da atividade, mas dificultava a formação do grupo.

Embora sentisse que aquele modelo de atividade física, considerado hegemônico, não era o modelo que procurava, estava convencido de que a corrida e a caminhada eram práticas que despertavam interesse de muitos indivíduos. Continuei a observar as pessoas que caminhavam na orla da praia, em Santos, onde moro, tentando identificar seus interesses e necessidades para, então, elaborar um programa de atividade física que não ficasse apenas na prescrição e na correção dos exercícios.

Considerando que os exercícios feitos em grupo seriam fundamentais para aproximar o conteúdo das práticas aos interesses do coletivo, organizei um programa de caminhada, chamado Caminhando para a Saúde. Era um programa diário, remunerado, fisicamente individualizado, mas realizado em grupo, que acontecia às 7h da manhã na orla da praia. Os alunos recebiam semanalmente uma carteirinha,

que sugeria a distância e o tempo que deveriam caminhar. No início da semana seguinte, eles devolviam essas carteirinhas preenchidas com as distâncias e os tempos realizados e com algumas anotações que achavam pertinentes.

O trabalho durou cerca de dois anos. A quantidade de praticantes não foi tão grande quanto a esperada, mas foi possível perceber que o trabalho realizado em grupo constituiu o grande atrativo para aquelas pessoas. O encontro, o caminhar junto, as trocas de experiências e de informações proporcionaram uma experiência diferente. O trabalho não estava orientado somente para a prática do exercício físico, mas também, voltado ao grupo, aos seus anseios, possibilidades, questionamentos e descobertas, para aquilo que o unia e tornava o coletivo cada vez mais significativo.

Foi em Santo André, numa ação conjunta entre o Departamento de Lazer e a Secretaria de Saúde, que o projeto se tornou público, gratuito e acessível a toda a população. Deixou a orla da praia e a classe média-alta para se aproximar da população, na periferia da cidade, junto às Unidades de Saúde (US). O tênis ideal para caminhada deu lugar às sandálias e sapatos, o terreno plano e seguro deu lugar aos morros, às ruas, praças e avenidas próximas às Unidades de Saúde.

O desafio estava posto. Sandálias e sapatos, calçadas esburacadas, ruas e avenidas movimentadas, topografia acidentada e alimentação deficiente compunham um cenário que era a antítese do que eu aprendera na faculdade. Os conselhos aprendidos sobre atividade física e saúde, como subir pela escada ao invés de pegar o elevador, descer do ônibus um ponto antes para dar uma caminhada até o trabalho, alimentar-se de forma saudável (comendo mais peixe, mais ômega-3, menos gordura e mais carboidratos), além do infindável número de pesquisas publicadas a respeito do tema, tornavam-se inatingíveis em se tratando dessa população, que se apresentava muito carente, não só em recursos financeiros ou materiais (como moradia, saneamento básico, trabalho, roupa, comida...) mas carente em informação, acesso, atenção, possibilidades e sonhos. Tratava-se de uma realidade dura, adversa daquela que conheci e com a qual convivi na minha infância e adolescência, além de ser bem diferente daquela que aprendi nos bancos da academia durante a minha formação como profissional de Educação Física. Na verdade, era uma realidade que podia ser expressa numa analogia feita a um pacote

de salgadinho vendido a um real – isento de valor nutricional –que “enche a barriga” da criança que tem fome ou, ainda, na caminhada diária morro abaixo e mais duas ou três conduções para poder chegar ao trabalho diariamente.

Essa sim era a realidade que deveria ser o principal “alvo” de atuação dos profissionais, dos mestres e dos doutores, que tiveram acesso às universidades, especialmente às grandes universidades mantidas pelo Estado, haja vista terem sido “financiados” pelo poder público. Por essa razão, deveriam ter o compromisso ético de retribuir esse investimento com um trabalho de pesquisa e de intervenção profissional, na tentativa de facilitar o acesso dos menos favorecidos à informação, à atenção, às oportunidades e aos sonhos a que me referi anteriormente, com vistas a uma redistribuição de riquezas, a uma possibilidade “de-vida”.

1.2. Cruzando caminhos

Quais seriam as necessidades das pessoas que caminhavam naquela praça? O que elas realmente procuravam nos grupos de caminhadas, uma vez que, para muitos, o “andar” já era parte integrante do cotidiano? O que eu, profissional de Educação Física, descobridor das limitações do meu campo de trabalho, poderia fazer? Como fazer? Eis algumas indagações cujas respostas, no meu entendimento, só poderiam ser encontradas no cruzamento de dois caminhos. O primeiro era o caminho da universidade, o retorno aos estudos, às leituras, às experiências e às teorias que não estavam (ou ainda não estão) nos ensinamentos referidos pela graduação. O segundo era o da intervenção, da observação, da convivência com as pessoas e com seus problemas, da elaboração de um trabalho participativo, significativo. Dois caminhos em um só, uma encruzilhada, onde a teoria e a prática se completariam e o homem, sujeito da ação, seria entendido em sua integralidade, no contexto, em suas relações com o outro e com o ambiente.

E era exatamente isso que eu estava fazendo lá, naquela praça, observando os grupos que caminhavam, suas relações e suas necessidades, procurando entender outra forma de “fazer saúde”, outras formas de organização do trabalho, outras formas de entender a vida. Sobretudo, estava à procura daquele

cruzamento onde, certamente, estaria “Wally”, aquele senhor de chapéu de palha com a sua enxada na mão.

Assim, retornei à universidade em busca da fundamentação teórico-conceitual necessária ao meu trabalho como profissional de Educação Física. E é isso que estou fazendo aqui no mestrado, estudando, assimilando e compartilhando experiências, mediante o contato com os pesquisadores – seja diretamente com eles ou pelos seus textos – nas mais variadas e diferentes áreas do conhecimento, procurando absorver da Filosofia, Sociologia, Antropologia, Medicina, Saúde Pública e Saúde Coletiva os elementos de que necessito para encontrar as possíveis respostas às minhas inquietações e buscando o meu aprimoramento enquanto profissional da área.

1.3. Percurso Metodológico

1.3.1. Objetivos

Pelo exposto até o momento, acredito ter chegado ao ponto central do meu conflito ético-profissional em que toda a minha insatisfação com a atuação na área da Educação Física, somada ao emaranhado conceitual que ocupava a minha mente, levou-me a buscar uma maneira de responder às minhas inquietações.

Uma das estratégias pensadas para o desenvolvimento deste estudo foi abordá-lo sob um enfoque temático voltado para a implementação do projeto Lazer e Saúde na cidade de Santo André – no ABC paulista – a fim de identificar o conjunto das atividades corporais que compõem este Projeto, bem como os problemas, possibilidades e limites da implementação dessas práticas junto ao sistema público de saúde, tendo como pano de fundo a Política Nacional de Promoção da Saúde, no sentido de atender aos seguintes objetivos específicos:

1. Mapear as atividades corporais oferecidas pelo projeto Lazer e Saúde, de Santo André;
2. Identificar os principais objetivos que compõem o projeto Lazer e Saúde;

3. Identificar os problemas e/ou dificuldades para a implementação das práticas corporais relativas ao projeto Lazer e Saúde, de Santo André;
4. Analisar avanços e retrocessos, limites e possibilidades do projeto Lazer e Saúde, de Santo André, tomando por base a Política Nacional de Promoção da Saúde.

1.3.2. O campo

Apesar de, inicialmente, ter pensado numa pesquisa documental junto à Secretaria de Saúde e ao Departamento de Lazer, verifiquei que os documentos relativos ao projeto limitavam-se a uma pequena parte do Programa do Departamento de Lazer¹⁴ e de maneira bem genérica. Estavam claras as práticas corporais que compunham o projeto Lazer e Saúde, qual sejam, o Lian Gong, a Yoga, o Tai Chi Chuan, os três Centros de Fortalecimento Muscular e o programa Caminhando para a Saúde, mas não se observava claramente uma vinculação à Secretaria de Saúde. Diante da evidente falta de documentação, surgiram dúvidas e incertezas quanto à relevância do projeto e novas alternativas foram levadas em consideração. Uma delas foi entender o significado das práticas corporais do ponto de vista do usuário, levando em conta a racionalidade oriental e ocidental, por intermédio de entrevistas semi-estruturadas com os participantes das diversas práticas que compõem o projeto Lazer e Saúde.

Um estudo piloto com esse novo enfoque foi desenvolvido com os participantes do Lian Gong, Yoga, programa Caminhando para a Saúde e Centro de Fortalecimento Muscular, utilizando o seguinte roteiro de entrevista:

1. Fale sobre as práticas corporais/atividade física da qual o(a) Sr(a) participa?
2. Além dessa(s) atividade(s) da qual o(a) Sr(a) participa, você conhece outras práticas corporais/atividade física em Santo André?

3. Por que o(a) Sr(a) escolheu essa prática corporal/atividade física e não outra?
4. Antes de fazer essa(s) atividade(s), o(a) Sr(a) fazia outras práticas corporais/atividade física? (prefeitura ou particular)
5. Com essa prática corporal/atividade física o(a) Sr(a) viu alguma diferença na sua saúde? E da população?
6. Se o(a) Sr(a) pudesse conversar diretamente com as pessoas responsáveis pela implementação dessas práticas corporais/atividade física aqui em Santo André, o que o(a) Sr(a) diria para elas?
7. Ao longo desse tempo que o(a) Sr(a) participa dessa prática corporal/atividade física, qual seria a avaliação que o(a) Sr(a) faria dessa atividade?

Findadas as primeiras entrevistas, os resultados preliminares indicaram reduzidos elementos significativos e pouca profundidade conceitual que permitisse entender a amplitude dos significados dessas práticas para os seus freqüentadores. Uma possibilidade seria complementar essas entrevistas com os não-usuários dos programas ou com as pessoas que deixaram de freqüentar, para estabelecer um contraponto entre eles.

Entretanto, acabei optando pelo retorno ao primeiro objetivo, com a busca de uma alternativa que resolvesse o problema da escassez documental. A solução encontrada foi gerar, a partir da fala dos gestores envolvidos no processo de implementação do projeto, um registro que possibilitasse aprofundar a história de cada uma das práticas corporais que compõem o projeto Lazer e Saúde, a fim de compor o percurso de sua implementação.

¹⁴ O Programa do Departamento de Lazer, documento interno ao departamento, foi gentilmente oferecido para compor com os resultados deste estudo.

1.3.3. Fundamentação teórico-conceitual

Resolvido o caminho metodológico a ser trilhado, procurei fundamentação teórico-conceitual que pudesse referendar este estudo. Assim, para a pesquisa de campo, optei por uma investigação qualitativa, cujo modelo teórico-conceitual encontra-se alicerçado principalmente em: *O desafio do conhecimento*: pesquisa qualitativa em saúde (MINAYO, 2004 e 2006) e *Avaliação por triangulação e métodos*: abordagem de programas sociais (MINAYO, ASSIS & SOUZA, 2005).

Segundo MINAYO, ASSIS e SOUZA (2005, p. 81), a abordagem qualitativa deriva do pensamento compreensivista (WEBER¹⁵, 1974) e hermenêutico (GADAMER¹⁶, 1999), preocupando-se com a compreensão interpretativa da ação social, ou seja, inquieta-se com atitudes, crenças, comportamentos e ações, procurando entender a forma como as pessoas interpretam e conferem sentido às suas expectativas e ao mundo em que vivem.

Ao aproximar o campo da Saúde do debate do "qualitativo", observei o aparecimento de questões semelhantes às do âmbito das Ciências Sociais. Isso se deve ao fato de que a Saúde não é um campo nem uma disciplina separada das outras instâncias da realidade social. Por isso, tanto no que concerne "à problemática teórica quanto à metodológica, ele está submetido às mesmas vicissitudes, avanços, recuos, interrogações e perspectivas da totalidade sociológica da qual faz parte" (APEZECHEA¹⁷, 1995 apud MINAYO, 2004, p.13).

Por se tratar de um conjunto complexo que envolve vários locais, atores e uma multiplicidade de práticas corporais, utilizei duas técnicas que, segundo MINAYO (2004), fazem parte da avaliação qualitativa: a entrevista semi-estruturada e a observação. Antes, porém, é importante ressaltar o que a autora observa com relação à técnica e ao método:

... existe, entre os autores que trabalham na área qualitativa, uma imensa controvérsia sobre o que é método e o que é técnica, não sendo fácil sair ileso desta discussão. Pode-se dizer que, em geral, quando elas servem a determinadas abordagens, são instrumentos técnicos para a construção das

¹⁵ WEBER, M. **Basic Concepts in Sociology**. Nova York: The Citadel Press, 1964

¹⁶ GADAMER, H. **Verdade e método**. Petrópolis: Vozes, 1999

¹⁷ APEZECHEA, H. J. Problemas Metodológicos da Pesquisa na Ciência da Saúde. *As Ciências Sociais em Saúde na América Latina*. OPAS. 1985 (461-474).

investigações. Quando tomadas em si - como é o caso, por exemplo, de estudos sobre histórias de vida, ou essencialmente sobre documentos - elas passam a assumir o próprio sentido da investigação, ocupando, portanto, não o lugar de técnica, mas de objetivo central (MINAYO, 2005, p. 91).

Nesse sentido, a intenção ao optar pela entrevista semi-estruturada, que combina perguntas abertas e fechadas, foi possibilitar que o entrevistado discursasse sobre o tema sem se prender a uma pergunta específica, estabelecendo-se uma "conversa com finalidade", cujo roteiro contém poucas questões e cujo objetivo fundamental consiste em ser o facilitador de abertura, de ampliação e de aprofundamento da comunicação. Para tanto, procurei contemplar uma estrutura que respondesse às seguintes condições:

- a) Cada questão proposta é parte do delineamento do objeto, de modo que as demais são definidas para lhe dar forma e conteúdo;
- b) Deve permitir a ampliação e aprofundamento da comunicação e não sua restrição;
- c) Deve contribuir para a ampliação da visão, os juízos e as relevâncias a respeito dos fatos e das relações que compõem o objeto, do ponto de vista dos interlocutores.

De outra parte, procurei desenvolver a observação de maneira livre, porém cuidadosa, sem perder de vista os temas que constituem o objeto de estudo, no sentido de garantir as exigências expostas por MINAYO (2006).

1.3.4. Objeto de estudo

Como já foi mencionado, no intuito de possibilitar uma análise mais pontual quanto à inter-relação existente - ou possível - entre os campos da Saúde e da Educação Física, delimitei o objeto de estudo às ações oferecidas pelo projeto Lazer e Saúde, desenvolvido pela Prefeitura de Santo André, no âmbito das práticas corporais/atividades físicas, com ênfase no coletivo, no público e no social, servindo a Política Nacional de Promoção da Saúde de pano de fundo do estudo.

1.3.5. Espaço de pesquisa

O projeto Lazer e Saúde desenvolve-se pela ação intersetorial entre a Secretaria de Saúde (SS), a Secretaria de Cultura Esporte, e Lazer (SCEL) e a Secretaria de Educação e Formação Profissional (SEFP).

Para efeito organizacional, vale destacar que a Secretaria de Saúde de Santo André divide-se em três departamentos e uma coordenadoria: o Departamento de Assistência à Saúde (DAS); o Departamento de Vigilância à Saúde; o Departamento Administrativo-Econômico e a Coordenadoria de Planejamento. As atividades corporais/atividades físicas estão a cargo do DAS, que será um dos espaços de pesquisa e, conseqüentemente, de estudo. O organograma simplificado da Secreta de Saúde está apresentado na Figura 5:

Figura 5: Organograma da Secretaria de Saúde

A Secretaria de Cultura, Esporte e Lazer (SCEL) é composta pelos três departamentos citados – Departamento de Cultura, Departamento de Esportes e Departamento de Lazer – que se inter-relacionam, apesar de terem diretorias independentes. O Departamento de Lazer é o responsável pela gerência do projeto Lazer e Saúde na SCEL e, portanto, ater-me-ei à sua descrição em detrimento do Departamento de Cultura e Esporte. As diretrizes gerais desse Departamento envolvem acessibilidade e universalidade¹⁸, transversalidade¹⁹ e qualidade²⁰, mediante o seguinte organograma (Figura 6):

Figura 6: Organograma da Secretaria de Cultura, Esporte e Lazer

¹⁸ O acesso é um direito universal, que deve ser exercido como princípio, e a universalidade é um conceito a ser transformado em realidade a médio e longo prazo, mas devem ser considerados sempre, desde o início de qualquer processo. (Programa do Departamento, 2006 – Documento interno)

¹⁹ Os fatores sociais, culturais, políticos, econômicos e ambientais do município devem ser considerados para equacionar igualmente soluções que se articulem com as demais políticas públicas de finalidade social e cultural. O conceito de transversalidade assume importância fundamental nos aspectos da qualidade e, da relação custo/benefício. As ações transversais favorecem o aumentam dos benefícios e a redução do custo a médio e longo prazo. (Programa do Departamento, 2006 – Documento interno)

²⁰ Todos os municípios são igualmente merecedores de serviços públicos de qualidade e dependem do setor público para terem oportunidade de usufruir os benefícios do lazer. Nesse sentido, em todos os procedimentos, procura-se aprimorar a qualidade dos serviços oferecidos. (Programa do Departamento, 2006 – Documento interno)

A Secretaria de Educação e Formação Profissional está dividida em dois departamentos: o Departamento de Educação Infantil e Fundamental (DEIF) e o Departamento de Educação do Trabalhador (DET). Os Centros Educacionais de Santo André (CESAs), onde muitas das práticas corporais/atividades físicas acontecem, estão sob a gerência da DEIF, mas a organização, execução e gerência do projeto é feita pelo Departamento de Lazer e pela Secretaria de Saúde e, portanto, não fará parte do nosso espaço de pesquisa.(Figura 7)

Figura 7: Organograma da Secretaria de Educação e Formação Profissional

A partir desse desenho organizacional das parcerias estabelecidas para a viabilidade do projeto Lazer e Saúde, defini o espaço de pesquisa segundo os locais em que as práticas relativas ao projeto Esporte e Lazer acontecem, isto é, os Centros Educacionais de Santo André (CESAs), os Parques, os Centros Comunitários e as Unidades de Saúde, assim como os dois departamentos responsáveis pela gerência do projeto, ou seja, o Departamento de Lazer e o Departamento de Assistência à Saúde.

1.3.6. Aproximação do campo de pesquisa

A ocupação territorial do município de Santo André iniciou-se contemporaneamente à colonização da cidade de São Paulo, no período compreendido entre 1553 e 1560, com a consolidação da Vila de Santo André da Borda do Campo. Impulsionado pela construção da ferrovia São Paulo Railway, surgiu o primeiro povoado, denominado Vila de Paranapiacaba. A denominação Santo André ocorreu em 1910, mas a sua emancipação político-administrativa deu-se apenas em 1938.

Inserida na região denominada Grande ABC²¹, Santo André possui um território cuja área perfaz 175 km², sendo 39,1% dentro dos limites urbanos e o restante pertencente às regiões de proteção de mananciais e áreas de vertente da Serra do Mar. Sua população é de aproximadamente 667.891²² pessoas residentes, que estão, na grande maioria, concentradas nos 68,4 km² do macrozoneamento urbano.

O projeto Lazer e Saúde atende grande parte da região urbana de Santo André, através das Práticas Orientais, do programa Caminhando para a Saúde e dos CFMs. Considerando essa grande abrangência, foi necessário estabelecer um recorte no estudo de campo de maneira a não perder o entendimento global do projeto nem as suas peculiaridades, haja vista que o projeto acontece em regiões econômica e socialmente diferentes.

Nesse sentido, o caminho adotado para identificar as pessoas a serem entrevistadas teve início nos dois departamentos que gerenciam o projeto Lazer e Saúde, ou seja, no Departamento de Lazer e no Departamento de Assistência à Saúde (DAS). No primeiro, foram entrevistadas as pessoas responsáveis pela decisão, organização e execução do projeto Lazer e Saúde, desde 2003, quando foi iniciado o processo de implementação do programa Caminhando para a Saúde. No DAS, embora a orientação fosse a mesma, a complexidade foi maior, visto que o programa Caminhando para a Saúde estava diretamente vinculado às US e,

²¹ Sub-região sudeste da Região Metropolitana de São Paulo

²² Fonte: IBGE Cidades@ 01.04.2007

portanto, dele participavam, de alguma maneira, todas as encarregadas²³ das US. Assim, optei por um recorte fundamentado na organização territorial da Saúde, estruturada em 4 gerências, de modo que as entrevistas foram realizadas com um sujeito integrante das gerências I, II e III. A gerência IV não foi incluída porque se refere à subprefeitura de Paranapiacaba e Parque Andreense, local ainda não abrangido pelo projeto Lazer e Saúde. (Figura 8)

Figura 8: Mapa da divisão das Gerências Regionais de Saúde de Santo André

O agendamento e as entrevistas com os gestores dos dois departamentos aconteceram de forma tranqüila, sem constrangimento e com muito interesse por parte dos entrevistados. Já com os encarregados das Unidades de Saúde, houve maior dificuldade para gravar entrevistas e, portanto, a escolha dos gerentes se deu por critério de disponibilidade.

²³ O termo “encarregada” refere-se à pessoa responsável pela Unidade de Saúde

1.3.7. Entrevistas

Para a realização das entrevistas visando de facilitar a abertura e orientar uma "conversa com finalidade", segui um roteiro preestabelecido composto das seguintes questões:

1. Fale sobre as atividades corporais do projeto Lazer e Saúde que acontecem aqui na cidade (problemas, virtudes, possibilidades e limites dessas práticas junto ao sistema público de saúde).
2. Em que medida o projeto Lazer e Saúde aponta (pode contribuir) para um nova forma de pensar Políticas Públicas ?
3. Por que foram essas às práticas corporais escolhidas?
4. Com referência as práticas corporais:
 - a. Quais são as ações na rede básica de saúde?
 - b. Quais são as ações de aconselhamento e divulgação?
(aconselhamento junto à comunidade)
 - c. Quais são as ações de intersetorialidade e mobilização de parceiros?
 - d. Quais são as ações de monitoramento e avaliação?
5. Você conhece a PNPS? Como o projeto se articula com essa política?

No entanto, como ressalta OLIVEIRA (1999), durante o percurso das entrevistas “fui aprendendo a aprimorar roteiros, corrigir expressões que comportassem dúbio sentido, suprimir perguntas inadequadas... com elas fui, enfim, me fazendo como entrevistador” (OLIVEIRA, 1999, p. 59-60).

Um desses aprendizados foi a inclusão de um pequeno relato da história de vida do entrevistado, feito por ele mesmo, antes do início da entrevista propriamente dita. Essa estratégia possibilitou ao entrevistado sentir-se mais à vontade para falar de um assunto de seu domínio e aproximar entrevistador e entrevistado para um bate-papo mais informal na frente de um gravador.

Por último, é importante ressaltar que as entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas com pleno consentimento dos entrevistados, após a

informação dos dados da pesquisa, as devidas explicações sobre os objetivos, instrumentos e garantias aos entrevistados.

2. EMARANHADO CONCEITUAL

2.1. O Lazer

A incorporação do termo “lazer” ao vocabulário comum é relativamente recente e ainda marcada por grandes diferenças de significado. Frequentemente, é associado à “experiências individuais vivenciadas, que muitas vezes, implica na redução do conceito a visões parciais, restritas aos conteúdos de determinadas atividades” (MARCELLINO, 1990, p. 21). Assim, é geralmente utilizado como sinônimo de recreação, sendo esta prática endossada pelos meios de comunicação, que o utilizam em estreita ligação ao esporte e à arte. De acordo com FERREIRA (1999), encontramos o vocábulo lazer associado aos termos “ócio, descanso, folga, vagar” ou ainda ao “tempo de que se pode livremente dispor, uma vez cumpridos os afazeres habituais; atividade praticada nesse tempo; divertimento, entretenimento, distração, recreio”, o que vem ratificar a visão tida pelo senso comum, na qual o lazer é relacionado à diversão, ao descanso e até mesmo à qualidade de vida.

Evidentemente, para se falar em qualidade de vida há que se considerar a satisfação das necessidades mais elementares da vida humana, as quais – segundo MINAYO (2000) – dizem respeito à alimentação, acesso à água potável, habitação, trabalho, educação, saúde e lazer. Fica claro que se trata de um conceito polissêmico, relacionado ao modo, condição e estilo de vida de cada um.

Qualidade de vida é uma noção eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial. Pressupõe a capacidade de efetuar uma síntese cultural de todos os elementos que determinada sociedade considera seu padrão de conforto e bem-estar. O termo abrange muitos significados, que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades que a ele se reportam em variadas épocas, espaços e histórias diferentes, sendo portanto uma construção social com a marca da relatividade cultural. (MINAYO, 2000, p. 8)

Nesse sentido, podemos compreender o conceito de lazer integrado à noção de qualidade de vida. No entanto, o lazer deve ser compreendido em toda a sua amplitude, nas suas relações com a cultura, a educação e o desenvolvimento pessoal e social. Em se tratando da compreensão conceitual deste termo, MARCELLINO (1998) propõe quatro pontos que devem ser levados em consideração quando nos referimos ao lazer:

1. Cultura vivenciada (praticada, fluida ou conhecida), no tempo disponível das obrigações profissionais, escolares, familiares, sociais, combinando os aspectos tempo e atitude. Essa posição baseia-se no conceito da sociedade urbano-industrial – tal como é, e não do devir - ou seja, como deveria ser;
2. O lazer gerado historicamente e, dele, podendo emergir, de modo dialético, valores questionadores da sociedade como um todo, e sobre ele também sendo exercidas influências da estrutura social vigente;
3. Um tempo que pode ser privilegiado para vivências de valores que contribuam para mudanças de ordem moral e cultural, necessárias para solapar a estrutura social vigente;
4. Portador de um duplo processo educativo – veículo e objeto de educação, considerando-se assim, não apenas sua possibilidade de descanso e divertimento, mas também de desenvolvimento pessoal e social. (MARCELLINO, 1998, p 38 e 39).

O lazer, portanto, segundo este autor, deve ser entendido como a cultura vivenciada (praticada ou fluída) no “tempo disponível”, cujo traço definidor é justamente o caráter “desinteressado” dessa vivência, ou seja, o que se busca com a “prática” do lazer é a satisfação provocada pela situação.

Torna-se ainda necessário ressaltar que o lazer não é um fim em si mesmo. Isto quer dizer que ele deve ser historicamente situado e relacionado a outras esferas de ação humana, como a educação, cultura e trabalho, por exemplo. Esta rede de relações amplifica o acesso a “contra-informação”, ou seja amplia as possibilidades para o “fornecimento de instrumentos ao consumidor para que ele possa fazer uma decodificação crítica das mensagens veiculadas pelos meios de comunicação...” (SILVA,²⁴ 1982 apud MARCELLINO, 1990, p.75).

O autor prossegue na sua análise afirmando que em nossa contemporaneidade, o lazer ainda é privilegiado com base na visão funcionalista,

²⁴ SILVA, Carlos Eduardo Lins da. *Comunicação, hegemonia e contra-informação* (Org.) São Paulo: Cortez/INTERCOM, 1982.

altamente conservadora, cujo objetivo é a paz social e a manutenção da ordem, como um instrumento utilizado para sustentar a disciplina e as obrigações da vida, pela ocupação do tempo livre com atividades equilibradas, socialmente aceitas e moralmente corretas.

Apesar dessa visão funcionalista, o lazer remete-nos a idéia de reivindicação social, envolvendo questões de cidadania, de vivência crítica, criativa e de participação cultural. Afinal, é no lazer que as condições para a produção de valores que se contraponham à sociedade de consumo, encontram espaço mais favorável, de forma a ampliar e potencializar os brinquedos, as festas, os jogos, para além do próprio tempo e espaço do lazer (CARVALHO, 2006).

Tal consideração nos remete àquela praça, onde aquele senhor entusiasmadamente contara como se dera a construção daquele espaço, as reivindicações e a luta das pessoas pelo espaço público, onde todos participam, andam, se encontram, cuidam, numa verdadeira lição de coletividade e cidadania.

2.2. Atividade Física e Exercício Físico

As definições para os conceitos de atividade física e exercício físico são praticamente um consenso na literatura. Para CARVALHO (2001), a atividade física

... carrega toda e qualquer ação humana que comporte a idéia de trabalho como conceito físico. Realiza-se trabalho quando há gasto de energia. O gasto de energia ocorre quando o indivíduo se movimenta. Tudo que é movimento humano, desde fazer sexo até caminhar no parque, é atividade física. (CARVALHO, 2001, p. 69)

Para POWERS e HOWLEY (2000, p. 286), atividade física é compreendida como “qualquer forma de atividade muscular. Portanto, resulta no gasto de energia proporcional ao trabalho muscular e está relacionada ao condicionamento físico” e ao exercício físico como um “subgrupo da atividade física, planejado com o objetivo de melhorar ou manter o condicionamento físico”. Para CASPERSEN et al. (1985)²⁵, citado por PITANGA (2002, p. 51), a atividade física

²⁵ CASPERSEN, C.J.; POWELL, K.E.; CHRISTENSON, G.M. Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. Public Health Reports. 1985, 100, 2, 126-31.

pode ser entendida como “qualquer movimento corporal, produzido pela musculatura esquelética, que resulta em gasto energético”.

A relação entre atividade física e saúde vem sendo cada vez mais discutida, analisada e comprovada. Existe, praticamente, uma certa conformidade entre os diversos profissionais da área da saúde de que a atividade física é fundamental para a prevenção e controle de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como as doenças cardiovasculares, respiratórias, diabetes, obesidade e câncer. Essa discussão, porém, amplamente divulgada pela mídia - escrita, falada e televisiva - chama a atenção das pessoas para o pensar, o falar, o escrever e o agir sobre a doença, indicando a prática da atividade física como uma solução para os problemas relativos ao processo saúde-adoecimento (CARVALHO, 2006).

Não podemos desconsiderar a doença e nem a contribuição que a Medicina e a fisiologia têm nos proporcionado, mas temos que ficar atentos para o fato de que a depender de como se considera o processo saúde-adoecimento, desloca-se “o foco do sujeito doente para o fenômeno doença e se perde o sujeito, transformando a doença em estigma para o doente” (CARVALHO, 2006, p. 4).

No que tange ao conceito de atividade física, essa perda de foco (do sujeito), reforça a centralidade da ação na doença, diminuindo as chances do sujeito praticá-la de forma duradoura, pois a ênfase no conteúdo desconsidera, na maioria das vezes, o sentido de prazer, satisfação e bem-estar que ela pode proporcionar. É o caso do idoso que começa a fazer atividade física por recomendação médica, por ter um determinado sintoma. Quando o sintoma desaparece, ele tende a desistir caso não encontre algum sentido em algo relacionado à prática.

A mesma atividade física pode ter sentidos e significados muito diferentes para quem a pratica. No prefácio do livro “Para viver em paz – o milagre da mente alerta”, Odete Lara nos conta a seguinte passagem, que ilustra os diversos olhares para uma mesma prática:

Lembro também que era hábito em Tassajara todos andarem depressa. E que eu, particularmente, fora várias vezes tentada a escalar uma determinada montanha, da qual se descortinava uma vista deslumbrante de toda a região. Já tinha me aventurado a subir mais de uma vez, mas por ser o caminho íngreme e a distância grande, o cansaço acabara por tornar o passeio um sacrifício.

No dia anterior à partida de Thich Nhât Hanh foi programado para sua despedida um piquenique no alto dessa montanha. Thich Nhât Hanh foi convidado a caminhar à frente e, sendo a trilha muito estreita, tínhamos que caminhar em fila indiana. Tão lentos eram seus passos, que uma certa inquietação e impaciência se instalou em cada um de nós. Mas como, por cortesia, não poderíamos mudar a situação, algo interessante começou a acontecer. Aquele ritmo fazia nossa atenção se voltar para os detalhes da vegetação por que passávamos, para as múltiplas formas das árvores, folhagens e flores, para suas infinitas variações de cores. Na verdade eu estava, e creio que todos os demais também, pela primeira vez, apreciando em totalidade a beleza daquela trilha, forma natural de ver de Thich Nhât Hanh. (LARA, 2001, p.15)

Esta passagem ilustra que a mesma atividade física – no caso, a caminhada numa trilha íngreme e distante – muitas vezes pode ser entendida, por um lado como uma tarefa sacrificante, e por outro lado como algo interessante, prazeroso e com maior sentido.

Dessa forma, a centralidade do foco na atividade física, relacionada ao processo saúde-adoecimento, vem reforçar o conceito negativo atribuído ao sedentarismo²⁶, reconhecido como um dos fatores de risco mais determinantes para o surgimento de doenças características da contemporaneidade. No entanto, se olharmos para o sujeito como centro da ação, poderemos entendê-lo de outra maneira, isto é, como

... uma vitória da humanidade, porque as conquistas tecnológicas permitiram que se realizasse mais trabalho com menos esforço, que grandes concentrações de pessoas pudessem ter acesso a alimentos sem deslocamento, que doenças fossem identificadas e controladas. Nunca as populações viveram por tanto tempo, nunca gerações tão diferentes puderam conviver entre si. Se o homem caçava, pescava, plantava e andava longas distâncias antes da sedentarização (...), por outro lado vivia menos de 30 anos. Um perfil de mortalidade populacional eminentemente ligado a doenças cardiovasculares e neoplasias, antes de ser algo preocupante, indica que as pessoas vivem o suficiente para delas padecerem, o que não se vê quando a predominância é de morte por doenças infecto-contagiosas. Trata-se, portanto, de um perfil de mortalidade típico de sociedades desenvolvidas. (FARINATTI, 2005, p. 75)

Considerando a importância da atividade física no modo, condição e estilo de vida vigentes em nossa sociedade, é preciso ressaltar o peso que a oportunidade e a escolha desempenham nesse contexto. Isso porque, ainda que o discurso e as ações sejam aparentemente dirigidas a todos, somente uma minoria tem acesso às

²⁶ A relação do sedentarismo/inatividade física com fatores de risco à saúde é relatada em diversos documentos, nacionais e internacionais, como o Manifesto Mundial da Educação Física FIEP – 2000 (FIEP, 2008) e a Carta Brasileira de Prevenção Integrada na Saúde (CONFEEF/CREFS, 2008)

atividades físicas e aos bens e serviços a elas vinculadas (CARVALHO, 2006, p. 5). Para haver adesão à atividade física, não basta que ela proporcione satisfação, é necessário que o acesso seja facilitado e que os indivíduos e coletivos sejam, de fato, os protagonistas da ação.

Acredito que não basta que o indivíduo considere a atividade física como boa para si – se o acesso à prática não for facilitado, dificilmente haverá adesão. A ampliação do acesso à prática de atividades físicas é uma questão que deve ser tratada na dimensão coletiva – equipamentos públicos, áreas verdes, segurança, transporte... Sobre esses aspectos o cidadão médio tem pouco ou nenhum controle (...). Os indivíduos não têm um completo e absoluto controle de suas vidas e muitos dos seus comportamentos, se não foram lhes impostos, ao menos são induzidos, de certa forma determinados socialmente. Tais fatores determinantes só podem ser modificados no âmbito coletivo... (FARINATTI, 2005, p. 73 e 80)

Nesse sentido, os profissionais de Educação Física²⁷ ligados à Saúde de maneira geral devem enfatizar um planejamento coletivo, ou seja, abrir espaços para as discussões, informações e proposições entre todos, para que se compreenda que a opção – de ser ou não ativo, ter ou não uma alimentação balanceada – não é de responsabilidade exclusivamente individual. Ao contrário, os modos como os sujeitos definem suas opções de vida, organizam suas escolhas e criam novas possibilidades para satisfazer suas necessidades, desejos e interesses pertencem à ordem coletiva, uma vez que o processo de construção se dá no contexto da própria convivência em sociedade (BRASIL, 2006, p.11).

Essa instrumentalização fortalece e capacita a comunidade a se posicionar, frente ao poder público, reivindicando tanto condições para a prática da atividade física, como serviços de saneamento básico, escolas, unidades de saúde, entre outros. Isso nos remete ao nosso relato inicial, em que o senhor que passeava com o cachorro na praça contava sobre as reivindicações, a luta da comunidade para aprovar o projeto da praça no Orçamento Participativo²⁸ e a tentativa de satisfazer os desejos e necessidades de todos do bairro, fosse no lazer, na atividade física, na

²⁷ O papel do profissional de Educação Física foi objeto de estudo de Freitas ao longo do seu mestrado (2005) e o texto final da dissertação, A Educação Física no Serviço Público de Saúde, foi publicado no formato de livro em 2007.

²⁸ Orçamento Participativo (OP) é um mecanismo governamental de democracia participativa que permite aos cidadãos influenciar ou decidir sobre os orçamentos públicos. Segundo MARINO JÚNIOR (2005) há dois modelos básicos de OP: o Dedutivo, no qual os projetos e programas são consolidados num projeto orçamentário único, que será usado como base para o início das negociações com a sociedade; e o Indutivo, que parte das

saúde, ou em outra dimensão qualquer, explicitada ou não, mas que de alguma forma estava colocada em discussão.

2.3. Práticas²⁹ Corporais

O conceito de “Práticas Corporais” muitas vezes é utilizado como sinônimo de “atividade física”. Porém em nossa compreensão, há diferenças significativas entre as duas concepções, já que a primeira entende o ser humano em movimento, a sua gestualidade, os seus modos de se expressar corporalmente, atribuindo valores, sentidos e significados ao conteúdo e à intervenção (CARVALHO, 2006). “As Práticas Corporais devem ser tratadas pelas ciências humanas e sociais, pela arte, pela filosofia e pelos saberes populares, sem desprezar as ciências biológicas, dado que esta dimensão é constituinte fundamental do humano” (SILVA & DAMIANI, 2005, p.21). Do mesmo modo que o termo “formação integral”, freqüentemente utilizado nas propostas educacionais, opõe-se ao conceito de especialização, as Práticas Corporais ampliam o conceito de atividade física, atribuindo sentido e significado a esta prática, estabelecendo um estreito diálogo entre outras áreas do conhecimento, numa perspectiva interdisciplinar, onde o indivíduo integral, completo, é o centro da ação.

O trabalho com as Práticas Corporais, por atingir diferentes dimensões – sociais, psicológicas e biológicas, tanto no aspecto individual como no coletivo – apresenta-se como uma possibilidade importante para a formação humana e agrega as mais diversas formas do ser humano se manifestar por meio do corpo, contemplando duas racionalidades: a ocidental, como por exemplo, as diferentes formas de ginásticas, as modalidades esportivas e as caminhadas; e a oriental, como o Tai Chi Chuan, o Lian Gong, Chi Kung e a Yoga, (CARVALHO, 2006, p. 2).

Esse amplo repertório, complexo e ilimitado, possibilita o vivenciar de novas experiências, novas percepções corporais, sendo de extrema importância para

discussões junto à sociedade para a elaboração da primeira versão do orçamento público, que é posto novamente em discussão para correções e ajustes.

que o sujeito, centro da ação, amplie seus horizontes de conhecimento e reflita sobre as suas percepções, construídas mediante suas relações com o outro, com o todo e com o meio ambiente, re-significando, desta forma, o conteúdo das atividades.

Essas diferentes técnicas permitiram vivenciar o(s) toque(s), o(s) desequilíbrio(s) e o equilíbrio, o(s) medo(s) e a coragem de experimentar, o auto-controle, a(s) insegurança(s) e a segurança, o(s) desconfortos e o bem-estar, enfim, as sensações do corpo, a re-descoberta da alegria do movimento, o conhecimento dos limites e o reconhecimento das possibilidades de superação dessas limitações. (SILVA & DAMIANI, 2005, p.33-34)

Neste sentido, as Práticas Corporais tais como as danças, os jogos, as acrobacias, os esportes, as artes marciais, as diferentes formas de ginásticas e de “exercitação” corporal, proporcionam um grande e fundamental caminho para a educação, lazer e manutenção da saúde. Essa riqueza de movimentos, experiências e significados se constroem no corpo, a partir do corpo e por meio do corpo, colocando-o como objeto de reflexão das várias ciências, não só das biológicas e da saúde, mas sobretudo das filosóficas, humanas e sociais.

Esta maneira de se entender o movimento não é hegemônica no campo da Educação Física e das Ciências do Esporte. Muito ao contrário, na contemporaneidade, percebemos uma crescente valorização dos procedimentos e resultados que sistematizam e servem de modelo para as Práticas Corporais e esportivas, simplificando a linguagem corporal como um simples “saber fazer”, legitimadas pelas equipes esportivas profissionais, grupos sociais, times de clube e de bairro, reduzindo-a a condição de mero “objeto”. De acordo com SILVA e DAMIANI (2005), esta concepção epistemológica sobre o movimento leva em consideração o fato de que a “compreensão da linguagem corporal é estruturada a partir de um cientificismo e não problematizada nas inter-relações que estabelece com os aspectos culturais e naturais, com as subjetividades em questão”, o que resulta num tipo específico e limitado de formação humana.

Temos, assim, que a produção científica predominante neste campo de conhecimento encontra-se alicerçada numa concepção de corpo e de movimento

²⁹ “O termo *prática* deve ser compreendido em sua acepção de “levar a efeito” ou “exprimir” uma dada intenção ou sentido e fazê-lo, neste caso, por meio do corpo, como indica e permite plenamente a língua portuguesa.” (SILVA & DAMIANI, 2005a, p. 23-24).

provenientes, principalmente, dos estudos biológicos e estatísticos, que são as engrenagens motoras das pesquisas e ensinamentos da Educação Física e das Ciências do Esporte. Esta cientifização das Práticas Corporais em uma sociedade de mercado é o exemplo simbólico da terceira lei de Newton³⁰, ou seja, a ciência quantifica, enumera, delimita e aponta as vantagens das Práticas Corporais/atividade física, enquanto o mercado “reage” com a produção e a venda de “soluções”, com a promessa de corpos perfeitos e saudáveis ao alcance de todos, gerando “necessidades” e desprezando, grotescamente, a individualidade, os desejos e as necessidades da cada um.

No meio deste processo de ação e reação, a sociedade contemporânea tem buscado outras maneiras de alcançar o padrão de beleza física e saudável vigente. Assim, se por um lado o culto à magreza tem despertado uma verdadeira revolução médico-farmacológica, com a descoberta de substâncias anoréxicas e de procedimentos cirúrgicos voltados à redução de massa corpórea e de medidas, tais como a lipoaspiração, a operação plástica e serviços estéticos, por outro lado, o padrão de beleza predominante também tem desencadeado inúmeros procedimentos que objetivam garantir a jovialidade e a aparência de bem-estar físico, tais como a aplicação de botox, de laser rejuvenecedor, do preenchimento facial com colágeno e diversas outras possibilidades, que podem acarretar graves conseqüências, como no caso da modelo de 14 anos que morreu de anorexia (REVISTA VEJA, 2006), vítima dos padrões de beleza criados e valorizados pela indústria da moda.

Toda essa dinâmica de processos relaciona-se numa verdadeira reação em cadeia³¹, que potencializa o seu poder de destruição da sociedade – com o aumento da desigualdade social e de acesso aos bens e serviços, favorecendo uma minoria em detrimento da maioria – o qual pode não ser tão impactante como o das armas nucleares, mas é muito mais abrangente. Esse complexo jogo de interesses e poder devasta, aniquila e mata grupos, comunidades e sociedades por todo o

³⁰ **Terceira Lei de Newton** também conhecida como *Lei da Ação e Reação*: Se um corpo A aplicar uma força sobre um corpo B, receberá deste uma força de mesma intensidade, mesma direção e sentido oposto à força que A aplicou em B.

³¹ Uma **reação em cadeia** é uma sequência de reações provocadas por um elemento ou grupo de elementos, que gera novas reações entre elementos possivelmente distintos, por exemplo, a fissão nuclear.

mundo, na medida em que também gera a fome, a pobreza, a agressão ao meio ambiente.

Essa “geração” de necessidades e necessitados, fruto do sistema científico mercadológico, é o que MARCELLINO (1990) chama de “antilazer”, pois propõe atividades e produtos a serem consumidos de maneira acéfala, automática, produzindo modos de vida perfeitamente integrados à sociedade urbano-industrial. No âmbito das Práticas Corporais, propõe o exercitar-se como um dever, uma obrigação, num processo que o descaracteriza de sua condição de gratuidade, fundamental traço definidor de lazer, como vimos anteriormente.

Infelizmente, os programas sociais e as políticas públicas voltadas ao desenvolvimento do esporte, lazer e de promoção da saúde, que têm o exercício físico como eixo norteador, desconsideram as questões relativas ao bem-estar, auto-estima, sociabilidade e ludicidade, elementos fundamentais da experiência humana e possibilitada pelas Práticas Corporais:

... as políticas públicas voltadas ao desenvolvimento do esporte e lazer não podem desconhecer estas diferentes caracterizações e usos das práticas corporais porque, em grande medida, vêm funcionando sob a mesma lógica daquelas oferecidas como serviços na esfera do mercado. Grande parcela das iniciativas no âmbito das políticas sociais para o uso do tempo livre, mesmo aquelas públicas e não privatistas, se filiam a uma concepção funcionalista, fundada no adestramento e na repetição dos movimentos, promovendo a disseminação de uma certa lógica instrumental no trato com o corpo. (SILVA & DAMIANI, 2005, p.19)

Com relação às iniciativas que vêm sendo desenvolvidas pelas políticas públicas no que se refere às Práticas Corporais/atividade física, podemos perceber que elas se encontram pautadas por uma visão “bio-lógica”³², que privilegia – especialmente no campo da Educação Física e das Ciências do Esporte – questões relacionadas à quantidade de atendimentos e à redução de medicamentos, desconsiderando a integralidade dos sujeitos e mostrando-se insuficiente para atingir os objetivos aos quais se propõem.

Parte desses problemas ocorre em função da subordinação dos conhecimentos produzidos pelos pesquisadores a um certo modelo biomédico que se mostrou reducionista no trato com o corpo e com as práticas corporais; uma certa coisificação ou instrumentalização do corpo

³² A expressão “bio-lógica” está sendo empregada como uma concepção lógica, racional e positivista sobre a vida, numa referência às Ciências Biológicas.

para atingir outros fins, alterando a condição de sujeito para a de objeto no processo de educação e saúde. (SILVA & DAMIANI, 2005, p. 19-20)

Num olhar cuidadoso sobre aquela praça, talvez pudéssemos encontrar o pote de ouro do final do arco-íris, pois certamente, algumas daquelas pessoas que ali estavam, realizavam sua prática corporal de maneira integral, atribuindo sentido e significado a sua atividade, fosse através da caminhada, da jardinagem ou do passeio com o cachorro.

2.4. Saúde

O conceito de saúde, assim como todos os demais, não é absoluto, unânime; ao contrário, tem se modificado no decorrer de toda a história da humanidade, refletindo a conjuntura política, social, econômico e cultural de uma determinada época e de uma determinada região.

Dos gregos antigos, mais ou menos 460 a.C. a 146 a.C., herdamos o conceito de “indivíduo são”, emancipado em meio à concepção de cultura cidadã no âmbito da “polis” (WESTPHAL, 2006, p.635 e 636). Nessa época, Hipócrates³³ fundamentou a sua prática na teoria do equilíbrio entre os componentes do organismo humano (humores) - o sangue, a bile, a linfa e a bile negra. Assim, do equilíbrio entre estes humores resultava o estado de saúde, ao mesmo tempo em que do desequilíbrio resultava o estado de doença. O médico podia auxiliar neste processo, retirando do corpo o humor em excesso ou defeituoso, a fim de restaurar o equilíbrio.

Faz-se importante destacar que esta forma de se entender o processo saúde-adoecimento fazia muito sentido para a época, porque se tratava de uma civilização baseada na simetria, na harmonia, cujo reflexo pode ser observado, ainda hoje, na proporcionalidade das estátuas gregas e na busca constante de um equilíbrio matemático.

³³ Hipócrates (460 a.C. - 377 a.C.) é considerado por muitos, como uma das figuras mais importantes da história da saúde, frequentemente considerado o "Pai da Medicina".

Essa teoria do equilíbrio acabou influenciando outros médicos como Galeno e dominou o conhecimento até o século XVIII, outras noções de saúde e doença, ainda na Idade Média, tenham sido identificadas, como a relação entre pecado e fé, que nesta perspectiva, significava a preservação da saúde, enquanto o pecado era visto como uma punição divina. A lepra, por exemplo, era extremamente temida, pois além de ter uma característica deformante e causadora de má impressão, representava um castigo divino sobre as pessoas, que eram excluídas do convívio com seus semelhantes. Sobre este aspecto, SCLIAR (1999) ressalta que durante este período histórico da humanidade,

A doença quase sempre é vista como punição, mas esta punição vem do Senhor: "Se não me escutardes e não puserdes em prática todos estes mandamentos, se desprezardes as minhas leis (...) porei sobre vós o terror, a tísica e a febre..." (Levítico, 26:16). Mas aqueles que cumprem os preceitos divinos têm outro destino: "Servireis ao Senhor vosso Deus e ele abençoará vosso pão e vossa água e afastará de vosso meio as enfermidades." (Êxodo, 23:25). Deus é o médico por excelência: "Eu sou o Senhor que te curou (Êxodo, 15:26)." (SCLIAR, 1999, p.19)

Com o início do processo de colonização do chamado Terceiro Mundo, sobretudo da África e da América, outros conceitos vinculados à idéia de saúde surgiram. Um deles foi o das "regiões doentias" (topografia médica), ou seja, relativo aos lugares em que as pessoas adoeciam mais facilmente. Um outro, advindo da descoberta do microscópio, por volta de 1590, foi a noção do contágio, a perspectiva de que saúde dependia da não exposição a determinadas doenças. Surge, então, a idéia da doença como entidade, como algo tangível, observável, podendo ser classificada - cardiopatia, neuropatia, tuberculose – o que favoreceu uma noção de nosologia (estudo das moléstias) que continua vigente até os dias de hoje.

A partir disso, vários modelos surgiram na tentativa de compreender o processo saúde/doença. Um deles foi o método cartesiano³⁴ de René Descartes, baseado na realização de quatro tarefas básicas: **verificar** se existem evidências reais e indubitáveis acerca do fenômeno ou coisa estudada; **analisar**, ou seja, dividir ao máximo as coisas, em suas unidades de composição, fundamentais, e estudar

34 O método cartesiano, criado por René Descartes, consiste no Ceticismo Metodológico - duvida-se de cada idéia que pode ser duvidada. Ao contrário dos gregos antigos e dos escolásticos, que acreditavam que as coisas existem simplesmente porque precisam existir, ou porque assim deve ser, etc, Descartes institui a dúvida: só se pode dizer que existe aquilo que possa ser provado.

essas coisas mais simples que aparecem; **sintetizar**, ou seja, agrupar novamente as unidades estudadas em um todo verdadeiro; e **enumerar** todas as conclusões e princípios utilizados, a fim de manter a ordem do pensamento. O método cartesiano potencializou a idéia de que o corpo era equivalente a uma máquina e, por isso, passível de ser consertado: uma perna que quebra, um corpo que dói, uma vista que não enxerga, um coração que trabalha com dificuldades. Evidencia-se, outra vez, o fato de que os modelos e conceitos caminham de acordo com o seu tempo e lugar, pois esta era uma época em que a máquina começava a ter um papel social muito importante.

A crença de que a saúde relaciona-se com as condições de vida e de que o comportamento humano pode constituir-se em ameaça à saúde do povo é reforçada e claramente evidenciada com o término da II Guerra Mundial, onde a destruição, a carência de recursos econômicos e a descrença na forma de organização social geraram a necessidade imprescindível de promover um pacto personificado na Organização das Nações Unidas (ONU). Esse organismo incentivou a criação de órgãos especiais destinados a promover a garantia de alguns direitos considerados essenciais aos homens. A saúde passou, então, a ser objeto da Organização Mundial de Saúde (OMS) que, no preâmbulo de sua Constituição, assinada em 26 de julho de 1946, apresentou o conceito de saúde adotado: “Saúde é o completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença”. Observa-se, reconhecimento da essencialidade do equilíbrio interno e do homem com o ambiente (bem-estar físico, mental e social) para a conceituação da saúde, recuperando a experiência predominante na história da humanidade, de que são reflexos, por exemplo, os trabalhos de Hipócrates, Paracelso e Engels (DALLARI & FORTES, 1997, p.187).

Apesar da OMS ser um organismo internacionalmente reconhecido, o conceito de saúde já citado recebe críticas de inúmeros autores, como relatado por DALLARI e FORTES (1997, p. 188), haja vista corresponder à definição de felicidade e que tal estado de completo bem-estar seria impossível de se alcançar, além de não ser operacional.

Fica claro que saúde não é um conceito absoluto. É preciso entendê-lo dentro de uma conjuntura política, social, econômica e cultural, própria de uma determinada época e região, onde o sujeito em questão – ainda que ele faça parte de uma dada coletividade – deve ser o autor do seu próprio conceito de saúde, ou seja, cada indivíduo mediante o seu referencial de valores define sua saúde de maneira própria e particular. Portanto, se pensarmos nas pessoas daquela praça, certamente, muitas delas lá estavam em busca de saúde, ainda que sob diferentes perspectivas.

2.5. Promoção da Saúde

Um dos primeiros autores a fazer referência ao termo promoção da saúde foi Henry Sigerist, no início o século XX, quando definiu as quatro tarefas essenciais da Medicina: a promoção da saúde, a prevenção das doenças, a recuperação dos enfermos e a reabilitação. “A saúde se promove proporcionando condições de vida decentes, boas condições de trabalho, educação, cultura física e formas de lazer e de descanso” (SIGERIST³⁵, 1946 apud BUSS, 2003, p.17). Entretanto, o termo vem se desenvolvendo mais vigorosamente nos últimos 25 anos, pois se observa que a estratégia de promoção da saúde tem buscado, juntamente com outras tecnologias e políticas, contribuir com as necessidades sociais em saúde, para além do enfoque da doença.

O moderno movimento de Promoção da Saúde teve seu início no Canadá, em maio de 1974, por meio da divulgação do *discussion paper*, denominado “The new perspective for the Health of Canadians”, mais conhecido como Relatório Lalonde³⁶.

Um conceito importante presente neste relatório foi o do *campo da saúde*, entendido como o conjunto de práticas que influenciam a saúde e que extrapolam seus serviços, reunindo os chamados determinantes da saúde, isto é, decompõe o conceito de *campo da saúde* em quatro componentes: biologia humana (genética e

³⁵ SIGERIST, H. The social sciences in the medical school. In: SIGERIST, H. (ed.) *The University at the Crossroad*. New York Henry Schumann Publisher, 1946.

³⁶ LALONDE, M. *A new perspective on the health of Canadians: a work document*. Ottawa, 1978.

função humana), ambiente (natural e social), estilo de vida (comportamento individual que afeta a saúde) e organização da assistência à saúde. O documento conclui que “quase todos os esforços da sociedade canadense destinados a melhorar a saúde, bem como a maior parte dos gastos diretos em matéria de saúde, concentravam-se na organização da assistência médica. No entanto, as causas principais das enfermidades e mortes tinham suas origens nos outros três componentes: biologia humana, meio ambiente e estilo de vida” (BUSS, 2000, p.167).

Esse relatório assinalou a possibilidade de considerar o aspecto social. No entanto, ele se tornou contraditório na medida que o social se tornou sinônimo de estilo de vida e essas limitações corresponderam, na visão de muitos críticos, a uma “culpabilização das vítimas” (blaming the victims), haja vista que grupos populacionais foram responsabilizados por problemas de saúde, cujas causas encontravam-se fora de sua governabilidade como, por exemplo, a poluição, o desemprego, a falta de saneamento básico e a habitação (CARVALHO 2002, p. 57).

O Relatório Lalonde segue, nos dias de hoje, inspirando políticas de saúde de distintos países e organismos internacionais. Como ressalta CARVALHO (2002, p. 56), conceitos como “estilo de vida”, “campo de saúde” e “qualidade de vida” são alguns dos aportes deste documento para o pensamento sanitário contemporâneo.

Em 1978, a Organização Mundial de Saúde (OMS) convocou, em colaboração com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, que se realizou em Alma-Ata, Cazaquistão. A Conferência trouxe um novo enfoque para o campo da saúde, recomendando a adoção de um conjunto de oito elementos essenciais: educação dirigida aos problemas de saúde prevalentes e métodos para a sua prevenção e controle; promoção do suprimento de alimentos e nutrição adequada; abastecimento de água e saneamento básico apropriados; atenção materno-infantil e planejamento familiar; imunização contra as principais doenças infecciosas; prevenção e controle de doenças endêmicas; tratamento apropriado de doenças comuns e acidentes; e distribuição de medicamentos básicos.

Este foi um dos eventos mais significativos para a Saúde Pública em função de sua repercussão em quase todos os sistemas de saúde do mundo. Suas recomendações, princípios e estratégias afirmaram a importância e a necessidade de ações intersetoriais e imediatas por parte de governantes, trabalhadores sociais, da saúde e da comunidade internacional, para proteger e promover a saúde de todos. Alma-Ata contribuiu fortemente para a realização da I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em Ottawa (Canadá), em 1986.

Com a participação de cerca de 38 países, a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde teve como principal produto a Carta de Ottawa que, desde então, se tornou um documento referência no desenvolvimento das idéias de promoção da saúde em todo o mundo. Em seu conteúdo, a Carta de Ottawa define “promoção da saúde” como sendo:

... o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global. (OPAS: Carta de Ottawa, 1986).

Neste sentido, a promoção da saúde aponta para uma visão expandida, integrada, transversal e intersetorial, na medida em que relaciona saúde ao meio ambiente, ao estilo de vida e ao modo de produção. Com esta “visão ampliada”, podemos entender saúde como um grande recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, onde as ações para a sua promoção objetivam reduzir as diferenças no estado de saúde da população e assegurar oportunidades e recursos igualitários, tendo como pré-requisitos, a paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade.

Disto resulta em três estratégias fundamentais para a promoção da saúde: a defesa da saúde, a capacitação e a mediação. Inicialmente, há que se entender a defesa da saúde como a luta para que os fatores políticos, econômicos, sociais,

culturais, ambientais, comportamentais e biológicos sejam cada vez mais favoráveis à saúde.

Em seguida, tem-se a capacitação, que consiste em assegurar oportunidades e recursos igualitários para todas as pessoas, para que possam realizar completamente seu potencial de saúde, o que inclui uma base sólida, com ambientes favoráveis, acesso à informação, a experiências e habilidades na vida, bem como oportunidades que permitam fazer escolhas por uma vida mais sadia. As pessoas não podem realizar completamente seu potencial de saúde, se não forem capazes de controlar os fatores determinantes de sua saúde.

E, por fim, tem-se a mediação, que consiste na responsabilidade de intermediação entre os profissionais de saúde e grupos sociais, em relação aos diferentes interesses em saúde, existentes na sociedade. As estratégias e programas na área da promoção da saúde devem se adaptar às necessidades locais e às possibilidades de cada país e região, o que inclui ações coordenadas entre governo (setores de saúde, sociais, econômicos), organizações voluntárias e não-governamentais, indústria, mídia, indivíduos, famílias e comunidades, que apontem para a equidade em saúde, distribuição mais eqüitativa da renda e políticas sociais mais justas.

Como quer que seja, a fim de que a promoção da saúde seja alcançada pelas políticas públicas, deve-se considerar os cinco campos de ação propostos pela Carta de Ottawa: construção de políticas públicas saudáveis; criação de ambientes favoráveis; reforço da ação comunitária; desenvolvimento de habilidades pessoais; e reorientação dos serviços de saúde.

Como podemos perceber, a promoção da saúde transcende os cuidados de saúde, com a proposição de políticas públicas saudáveis complementares, que incluem legislação, medidas fiscais, taxações e mudanças organizacionais. No entendimento de Buss (2000, p.170), a política de promoção da saúde requer a identificação e a remoção de obstáculos para a adoção de políticas públicas saudáveis nos setores que não estão diretamente ligados à saúde, indicando aos dirigentes e políticos que as escolhas saudáveis são as mais fáceis de realizar.

O autor prossegue em sua análise, explicando cada um dos campos de ação previstos pela Carta de Ottawa. Assim, a criação de ambientes favoráveis à saúde envolve o reconhecimento da complexidade das nossas sociedades e das relações de interdependência entre diversos setores. A proteção do meio ambiente e a conservação dos recursos naturais, o acompanhamento sistemático do impacto que as mudanças no meio ambiente geram sobre a saúde, bem como a conquista de ambientes que facilitem e favoreçam a saúde, como o trabalho, o lazer, o lar, a escola e a própria cidade, passam a compor centralmente a agenda da saúde.

BUSS (2000) considera o incremento do poder técnico e político das comunidades – seja na fixação de prioridades, na tomada de decisões e na definição e implementação de estratégias para alcançar um melhor nível de saúde- como sendo indispensável nas iniciativas de promoção da saúde. Isto acarreta o acesso contínuo à informação e às oportunidades de aprendizagem sobre as questões de saúde por parte da população.

Por outro lado, o desenvolvimento de habilidades e atitudes pessoais favoráveis à saúde, em todas as etapas da vida, encontra-se entre os campos de ação da promoção da saúde. Para tanto, é imprescindível a divulgação de informações sobre a educação para a saúde, o que deve ocorrer no lar, na escola, no trabalho e em outros espaços coletivos. Diversas organizações devem se responsabilizar por tais ações. Esse componente da Carta de Ottawa recupera a dimensão da educação em saúde, embora aqui também avance com a idéia de empowerment, ou seja, o processo de capacitação em termos de aquisição de conhecimentos e de poder político por parte dos indivíduos e da comunidade.

A reorientação dos serviços de saúde na direção da concepção da promoção da saúde, além do provimento de serviços assistenciais, está entre as medidas preconizadas na Carta de Ottawa. Fica claramente proposta a superação do modelo biomédico, centrado na doença como fenômeno individual e na assistência médica curativa, desenvolvida nos estabelecimentos médico-assistenciais, como foco essencial da intervenção. Os resultados se expressam em transformações profundas na organização e financiamento dos sistemas e serviços de saúde, assim como nas práticas e na formação dos profissionais.

Diante dessa perspectiva, muitos encontros se seguiram, tendo cada um deles sua devida importância e propostas significativas. Em cada nova edição da Conferência Internacional de Promoção da Saúde (Adelaide, 1988; Sundsvall, 1991; Bogotá, 1992; Jacarta, 1997; México, 2000 e Bangkok, 2005), novas metas e ideais foram definidos de acordo com as necessidades reais da população de todo o mundo, no que tange a promoção da saúde.

2.6. Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)

No Brasil, o sistema de saúde também gerou fortes mudanças na vida das pessoas, proporcionadas, principalmente, pelos avanços tecnológicos e do processo de globalização, fundamentado numa filosofia capitalista, de livre concorrência, onde o mercado é o principal regulador dos conflitos. Uma análise sobre o processo saúde-adoecimento, nos indica que a saúde é

... resultado dos modos de organização da produção, do trabalho e da sociedade em determinado contexto histórico e o aparato biomédico não consegue modificar os condicionantes nem determinantes mais amplos desse processo, operando um modelo de atenção e cuidado marcado, na maior parte das vezes, pela centralidade dos sintomas. (BRASIL, 2006, p. 09)

Pensar outros caminhos para a saúde no Brasil significou pensar na participação comunitária, no desenvolvimento de coalizões entre o setor público, setor privado e o voluntariado e na constituição de um sistema de saúde inclusivo (WESTPHAL, 2000; BRASIL 2006). Um marco nesse processo foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) - “Democracia é Saúde” - em 1986, cujo relatório final apresentou os fundamentos da proposta do SUS (Sistema Único de Saúde): “o conceito ampliado de saúde, a necessidade de criar políticas públicas para promovê-la, o imperativo da participação social na construção do sistema e das políticas de saúde e a impossibilidade do setor sanitário responder sozinho à transformação dos determinantes e condicionantes para garantir opções saudáveis para a população” (BRASIL, 2006, p.10).

A partir de então, a estratégia de promoção da saúde recupera sua perspectiva ampliada, definida pelas cartas que enfocam os aspectos determinantes

do processo saúde-adoecimento como a violência, o desemprego, a falta de saneamento básico, a habitação inadequada, a dificuldade de acesso à educação, a fome, a qualidade do ar e da água. Além disso, enfatiza a possibilidade dos sujeitos e coletividades optarem por determinados modos de vida, de forma a criar novos caminhos para a satisfação de seus interesses, desejos e necessidades.

Propõem-se, então, uma maior abrangência nas intervenções em saúde, de modo que a organização da atenção e do cuidado opere para além dos muros das unidades e do sistema de saúde, favorecendo a ampliação de escolhas saudáveis por parte dos sujeitos e das coletividades. Esta forma democrática de organização de saúde ultrapassa as sistemáticas institucionalizadas de controle social e compromete-se com a criação de mecanismos de mobilização e de participação da sociedade – usuário, movimentos sociais, trabalhadores de saúde, gestores de diversos setores – exigindo a captação de recursos políticos, humanos e financeiros que extrapolam o âmbito da saúde.

Assim, coloca-se à Saúde o desafio da intersetorialidade, ou seja, o desafio de articulação entre as diversas áreas do setor sanitário, privadas e não-governamentais, de maneira a não haver só um pensar em saúde, mas uma corresponsabilidade pela garantia da saúde como direito humano e uma questão de cidadania.

O compromisso do setor Saúde na articulação intersetorial é tornar cada vez mais visível que o processo saúde-adoecimento é feito de múltiplos aspectos, sendo pertinente a todos os setores da sociedade e devendo compor suas agendas. Dessa maneira, é tarefa do setor Saúde nas várias esferas de decisão convocar os outros setores a considerar a avaliação e os parâmetros sanitários quanto à melhoria da qualidade de vida da população quando forem constituir suas políticas específicas. (BRASIL, 2006, p. 14)

Podemos perceber que a promoção da saúde é uma estratégia de articulação transversal, na qual a população se capacita e busca os meios para conseguir controlar os fatores que favorecem seu bem-estar e o da comunidade ou que a podem por em risco, tornando-a vulnerável ao adoecimento e prejudicando sua qualidade de vida (BRASIL, 1996).

A partir da legislação que regulamenta o SUS, das deliberações das conferências nacionais de saúde e do Plano Nacional de Saúde (2004-2007), o

Ministério da Saúde propôs a Política Nacional de Promoção da Saúde³⁷, cujo objetivo geral é promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e risco à saúde, relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modo de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais (BRASIL, 2006, p. 17).

Destacamos os pontos relacionados às práticas corporais/atividade física considerados no roteiro de entrevistas dessa pesquisa. São eles:

I. Ações na rede básica de saúde e na comunidade:

- a mapear e apoiar as ações de práticas corporais/atividade física existentes nos serviços de atenção básica e na Estratégia de Saúde da Família, e inserir naqueles em que não há ações;
- b ofertar práticas corporais/atividade física como caminhadas, prescrição de exercícios, práticas lúdicas, esportivas e de lazer, na rede básica de saúde, voltadas tanto para a comunidade como um todo quanto para grupos vulneráveis;
- c capacitar os trabalhadores de saúde em conteúdos de promoção à saúde e práticas corporais/atividade física na lógica da educação permanente, incluindo a avaliação como parte do processo;
- d estimular a inclusão de pessoas com deficiências em projetos de práticas corporais/atividade física;
- e pactuar com os gestores do SUS e outros setores nos três níveis de gestão a importância de ações voltadas para melhorias ambientais com o objetivo de aumentar os níveis populacionais de atividade física;
- f constituir mecanismos de sustentabilidade e continuidade das ações do “Pratique Saúde no SUS” (área física adequada e equipamentos, equipe capacitada, articulação com a rede de atenção); e
- g incentivar articulações intersetoriais para a melhoria das condições dos espaços públicos para a realização de práticas corporais/atividade física (urbanização dos espaços públicos; criação de ciclovias e pistas de caminhadas; segurança, outros).

II. Ações de aconselhamento/divulgação:

- a organizar os serviços de saúde de forma a desenvolver ações de aconselhamento junto à população, sobre os benefícios de estilos de vida saudáveis; e
- b desenvolver campanhas de divulgação, estimulando modos de viver saudáveis e objetivando reduzir fatores de risco para doenças não transmissíveis.

III. Ações de intersetorialidade e mobilização de parceiros:

- a pactuar com os gestores do SUS e outros setores nos três níveis de gestão a importância de desenvolver ações voltadas para estilos de vida saudáveis, mobilizando recursos existentes;
- b estimular a formação de redes horizontais de troca de experiências entre municípios;
- c estimular a inserção e o fortalecimento de ações já existentes no campo das práticas corporais em saúde na comunidade;

³⁷ A Política Nacional de Promoção da Saúde foi publicada pelo Ministério da Saúde através da Portaria nº 687 de 30 de março de 2006.

- d resgatar as práticas corporais/atividade física de forma regular nas escolas, universidades e demais espaços públicos; e
- e articular parcerias estimulando práticas corporais/atividade física no ambiente de trabalho.

IV. Ações de monitoramento e avaliação:

- a desenvolver estudos e formular metodologias capazes de produzir evidências e comprovar a efetividade de estratégias de práticas corporais/atividade física no controle e na prevenção das doenças crônicas não transmissíveis;
- b estimular a articulação com instituições de ensino e pesquisa para monitoramento e avaliação das ações no campo das práticas corporais/atividade física; e
- c consolidar a Pesquisa de Saúde dos Escolares (SVS/MS) como forma de monitoramento de práticas corporais/atividade física de adolescentes (BRASIL, 2006, p.33-35).

Para o biênio 2006 – 2007, a PNPS priorizou algumas ações específicas: divulgação e implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde; alimentação saudável; prática corporal/atividade física; prevenção e controle do tabagismo; redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas; redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito; prevenção da violência e estímulo à cultura da paz; e promoção do desenvolvimento sustentável. Destacamos, dentre estes, as ações de prática corporal/atividade física para serem consideradas no roteiro de entrevistas formulado para esta pesquisa.

Concluindo, percebe-se que o emaranhado de conceitos resultante dos limites de compreensão das pessoas quanto à abrangência do lazer, atividade física, exercício físico, práticas corporais e saúde, concepções intrínsecas às áreas da Educação Física e da Saúde, entre outras, estão visivelmente presentes nas diversas atividades que fazem parte do cotidiano das pessoas. Esta complexidade teórica precisa ser investigada, analisada e compreendida em toda a sua extensão, a fim de que as ações propostas pela Política Nacional de Promoção da Saúde possam corresponder aos anseios e expectativas de toda a coletividade.

3. O PROJETO LAZER E SAÚDE

O projeto Lazer e Saúde partiu de uma ação intersetorial promovida pelo departamento de Lazer das Secretarias Municipais de Saúde e de Educação da Prefeitura de Santo André. A documentação relativa à sua implementação é praticamente inexistente. O único documento escrito que testemunha essa ação é o Programa do Departamento de Lazer. Dessa forma, faz-se necessário à construção de um referencial histórico da sua implementação, via depoimentos dos diversos atores envolvidos no processo, a fim de entender os seus objetivos e a sua estrutura operacional.

A partir do trecho relativo ao projeto Lazer e Saúde, retirado do Programa do Departamento de Lazer de 2006, pode-se considerar a seguinte estrutura:

LAZER E SAÚDE

Com o objetivo de proporcionar à população uma melhor qualidade de vida, promovendo atividades corporais voltadas à promoção da saúde, o Departamento de Lazer/ SCEL e a Secretaria de Saúde desenvolvem três ações conjuntas: 1) Programa de práticas orientais - Lian Gong, Tai Chi Chuan, Yoga, Chi Kung, Massagens Terapêuticas e Danças Circulares - em Parques e Centros Educacionais; 2) Programa de caminhada monitorada nas Unidades de Saúde, que consiste na realização de cursos permanentes, encontros, seminários e eventos. 3) Os Centros de Fortalecimento Muscular que funcionam nos equipamentos: CESA Palmares, CESA Cata Preta e Chácara Pignatari. Estes centros trabalham com exercícios resistidos que buscam proporcionar ao idoso uma melhor condição de saúde.

Foi possível identificar as práticas corporais que compõem esse projeto e, a partir daí, aprofundar a história de cada uma dessas práticas para compor o percurso da sua implementação. E revelar cada prática individualmente, dado que cada uma foi implementada em diferentes momentos e com estruturas operacionais diferentes.

3.1. Programa de Práticas Orientais

O programa de Práticas Orientais surgiu da necessidade de oferecer às pessoas oportunidades de participação em atividades.

A prática esportiva, a assistência a espetáculos culturais, a participação em oficinas, todas elas, de uma maneira ou de outra, dizem respeito à

qualidade de vida. Na divisão operacional do que cada departamento deve fazer; Cultura, Esporte e Lazer. Nós, diante de um grande leque de opções, fizemos a escolha pelas práticas orientais, considerando que elas possuem um potencial grande e que as pessoas não têm grandes possibilidades de acesso de maneira gratuita ao que o mercado oferece, mas que o poder público não fazia. Então, com relação às práticas orientais, ao perceber esse crescimento, essa procura, a gente achou por bem, enquanto um direito, tornar possível a prática gratuita dessas atividades. (Sujeito1)

Esse programa de práticas orientais é bem antigo na Prefeitura. A primeira vez que a gente começou a trabalhar com isso – eu me lembro – foi na segunda gestão do Celso Daniel³⁸ e a diretora era a Rosana Infante. Tudo começou com a idéia de trazer o Lian Gong para Santo André, porque ela já tinha tido uma experiência... quando ela tinha trabalhado em São Paulo. (Sujeito 2)

Em 1998, introduziu-se a prática do Lian Gong em Santo André com a contratação de uma profissional “que já tinha alguma prática... em academia, mas em parque, como a gente começou a trabalhar naquela época, era uma coisa nova” (Sujeito 2). Existiram algumas dificuldades no início das atividades, “porque as pessoas desconheciam, não sabiam do que se tratava (...) não existia nenhuma experiência (...) então houve todo um trabalho de difusão, difundir o que é o Lian Gong, qual era o objetivo (...) foi uma adesão muito grande, tanto que os primeiros encontros lotavam o Parque Celso Daniel”. (Sujeito 2)

A partir de 2001, o Departamento de Lazer, com nova diretoria, deu continuidade à prática do Lian Gong nos parques e

também tivemos o cuidado de diversificar. Então não ficamos só restritos ao Lian Gong: incluímos o Tai Chi Chuan, a massagem e outras possibilidades dentro dessa linha. Não satisfeitos com isso, nós buscamos,

³⁸ A primeira gestão de Celso Daniel como prefeito de Santo André foi entre 1989-1992. A segunda, teve início em 1997, mas terminou em janeiro de 2002, quando foi assassinado. O vice-prefeito João Avamileno assumiu o cargo e foi eleito para a gestão de 2005-2008.

junto à Secretaria de Saúde, a criação de um programa que nós intitulamos, de uma forma bem genérica, de Lazer e Saúde. (Sujeito 1)

É importante destacar que já havia existido uma aproximação entre o Lazer e a Saúde durante a implementação do Lian Gong, “*mas, pensando na formação de multiplicadores, então (...) foi criado um curso de multiplicadores, pensando que essas pessoas, ao serem formadas, atuariam na rede de Saúde.*” (Sujeito 1) Uma das razões para isso foi perceber que

“esse era um tipo de coisa que, se a gente não entrasse numa reformulação, iria chegar uma hora que a gente não iria conseguir oferecer essa atividade pelo custo”. [O valor hora/aula cobrado pelo profissional do] “Lian Gong e do Tai Chi é bem diferente dos estagiários para monitor de qualquer outra coisa na área de atividade física, porque a pessoa é muito específica e especializada” (Sujeito 2). “Mais para a frente, percebeu-se que isso não era viável, tendo em vista que as pessoas que se formavam não se comprometiam a trabalhar na rede de saúde.” (Sujeito 1) “Uma pessoa que se tem certeza que ‘deu certo’³⁹ e acabou reproduzindo isso foi (...) uma menina Agente de Lazer(...) e que acabou se identificando com essa área” (Sujeito 2).

Essa Agente de Lazer passou a ministrar aulas de Lian Gong para a Saúde Mental e acabou-se desvinculando do Departamento de Lazer. Posteriormente, fez um curso de Yoga e passou também a ministrar aulas dessa prática corporal.

Os profissionais que conduzem essas práticas orientais são contratados por “*uma empresa que trabalha com esse tipo de atividade... aqui na região há muito tempo e certamente essas pessoas, todas certificadas, têm o reconhecimento*

³⁹ Na visão dos entrevistados, a Agente de Lazer foi a única pessoa capacitada que “deu certo”, pois atuou diretamente no serviço público de saúde. No entanto, vale ressaltar que, de acordo com os preceitos previstos na constituição de 1988, a educação é um direito do cidadão e um dever do Estado, independentemente do local no qual o profissional irá atuar. Nada impede de que as demais pessoas que foram capacitadas como ela possam contribuir de alguma maneira com a educação (em seu sentido mais amplo) dos cidadãos. A importância da educação e do incentivo para as práticas corporais é tema de inúmeros documentos como as Cartas de Promoção da Saúde, a Carta Internacional da Educação Física e Desportos, o Manifesto Mundial da Educação Física e a Política Nacional de Promoção da Saúde, entre outros.

profissional naquilo que fazem” (Sujeito 1). Inicialmente, a idéia “era começar nos parques e depois ir para os centros comunitários e conciliar algumas coisas, como práticas alternativas que trabalhassem o corpo e mente, buscando qualidade de vida, o combate ao stress” (Sujeito 2).

Em 2006, o Lian Gong expandiu-se ainda mais e, além do atendimento ao público dos centros comunitários, as aulas se estenderam também para os CESAS e para algumas Unidades Básicas de Saúde. Com efeito, a tabela de aulas de 2007⁴⁰ mostra a ênfase no atendimento aos CESAs, com 58,82% do total de aulas oferecidas. Os parques aparecem com 29,41% das aulas e os Centros Comunitários com 11,76%. Por outro lado, no comparativo com a tabela de aulas de 2006, percebe-se que o Programa de Práticas Orientais deixou de atender às US, conforme pode ser visto na tabela 1:

Local	Yoga	Lian Gong	Tai Chi Chuan
CESA Parque Novo Oratório	2	1	
CESA Vila Sá	1	1	
CESA Vila Floresta	2	1	
CESA Parque Erasmo	1	1	
CESA Vila Linda	2	1	
CESA Vila Humaitá	2	1	
CESA Jardim Santo Alberto	2	1	
CESA Palmares	1	1	
CESA Cata Preta	2	1	
CESA Jardim S. André	1	1	
Parque Celso Daniel		1	2
Chácara Pignatari	1	1	1
Parque Antônio Fláquer		1	
Parque Escola	1	1	1
Parque Central			1
Centro Comunitário Bela Vista 2	2	1	
Centro Comunitário Campestre	1	1	
US Centreville		1	
US Campestre		1	

Tabela 1: Aulas de Práticas Orientais oferecidas em 2006 (adaptado)

⁴⁰ O quadro de aulas de 2007 é um documento interno do Departamento de Lazer, que mapeia as aulas oferecidas pelo projeto Lazer e Saúde. Importante destacar que nesse quadro só aparecem as aulas relativas às Práticas Orientais. Os programas Caminhando para a Saúde e os CFMs não constam desse documento.

Atualmente, o Programa de Práticas Orientais está distribuído pelo município conforme a tabela 2. O número de vagas é diferente para cada uma das atividades oferecidas, pois o fator limitante é, na maioria dos casos, o espaço físico. Na Yoga, por exemplo, a maioria das atividades é feita em espaços fechados que comportam poucas pessoas, o que determina a formação de uma lista de espera. No Lian Gong e no Tai Chi Chuan, a maioria das práticas é feitas em locais amplos, como jardins, quadras, praças, o que possibilita o atendimento de maior número de pessoas por turma.

Local	Yoga	Lian Gong	Tai Chi Chuan
CESA Parque Novo Oratório	2	1	
CESA Vila Sá	1	1	
CESA Vila Floresta	2	1	
CESA Parque Erasmo	1	1	
CESA Vila Linda	2	1	
CESA Vila Humaitá	2	1	
CESA Jardim Santo Alberto	2	1	
CESA Palmares	1	1	
CESA Cata Preta	2	1	
CESA Jardim S. André	1	1	
Parque Celso Daniel		1	2
Chácara Pignatari	1	1	1
Parque Antônio Fláquer		1	
Parque Escola	1	1	1
Parque Central		1	1
Centro Comunitário Bela Vista 2	2	1	
Centro Comunitário Campestre	1	1	
US Centreville			
US Campestre			

Tabela 2: Aulas de Práticas Orientais oferecidas em 2007 (adaptado)

Em todas essas atividades, o controle da frequência dos alunos é feito pelo próprio professor e o acesso às atividades é feito por ordem de inscrição, ou seja, as primeiras pessoas que chegarem ao local no dia da inscrição participarão da

atividade durante todo o ano. As demais farão parte de uma lista de espera e serão chamadas no caso de alguma desistência.

Cada grupo de atividade tem uma aula por semana com, aproximadamente, uma hora de duração. Nos locais onde há duas aulas na semana, formam-se dois grupos distintos, o que possibilita maior acessibilidade aos interessados.

O Departamento de Lazer, que gerencia essas atividades, faz o acompanhamento por meio de relatórios mensais elaborados pelo instrutor da atividade. Eventualmente, a gerência ou a coordenação visita os locais.

3.2. Programa Caminhando para a Saúde

O programa Caminhando para a Saúde começou no primeiro semestre de 2003, de forma não permanente e em dez US. Sua implementação se deu através de uma ação intersetorial entre o departamento de Lazer e a Secretaria de Saúde de Santo André. O *“... interesse em relação à caminhada é que ela pode se tornar autônoma com grande facilidade, ou seja, a pessoa ganha essa condição, ganha autonomia, adquire prazer em caminhar; mesmo fora do programa, ela pode continuar a fazer”* (Sujeito 1).

No programa Caminhando para a Saúde, *“... a grande novidade que faz a diferença é que você vai encontrar aquela pessoa que é meio sedentária, que vive procurando a Unidade Saúde para tomar remédio, para procurar o médico, para medir a pressão e não associa que ela precisa melhorar o ritmo dela, que ela precisa fazer outras coisas que não procurar a Unidade de Saúde. Então, eu acho que, quando a gente estabelece que o projeto pode entrar via Unidade de Saúde, Caminhando para Saúde, na responsabilidade da Secretaria de Saúde é a diferença, é você ter um outro público que não vê a agenda da cidade, não lê o jornal, mas ela vai lá na Unidade de Saúde e é convidada a participar do grupo que vai fazer a caminhada; lá vai ter monitoramento, vai ter alguém orientando como é que tem que fazer o esforço, como é o retorno dela, o caminhar dela gradativo”* (Sujeito 8).

Além dos benefícios orgânicos proporcionados pela prática da atividade física, do monitoramento e da informação, a criação do *“vínculo de grupo que... desse conta da questão do idoso, da socialização, do lazer...”* (Sujeito 4) também fazia parte dos objetivos iniciais do programa, pois era preciso *“... diminuir o número de depressão dessa população idosa que a gente viu que era crescente”* (Sujeito 4).

Inicialmente, com pouca verba para investir no programa, tentou-se utilizar os próprios profissionais da saúde como orientadores das atividades, enquanto a capacitação, criação da metodologia e estruturação do projeto ficaram a cargo de um consultor. Mas a experiência com esses profissionais na condução das atividades mostrou-se pouco produtiva, porque a sua carga horária de trabalho já estava preenchida com o atendimento dentro da US e eles não *“compraram a idéia”* de assumir mais uma tarefa e/ou responsabilidade. Para o segundo semestre de 2003, pensou-se na orientação a cargo de estudantes ou profissionais de educação física e a *“a contratação foi feita numa seleção que nós fizemos em parceria com a Secretaria de Lazer, que conhecia bem mais desse campo...”* (Sujeito 8). No entanto, essa contratação se deu em caráter especial, já que *“... ainda era temporário; então estabelecemos uma verba para pagamento desses profissionais com contrato temporário”* (Sujeito 8).

A presença dos monitores (estudantes de Educação Física) resolveu a questão explicitada pelos profissionais da saúde, mas no *“... primeiro ano, eu me lembro que foi uma dificuldade, como pagar, com quem fazer a parceria, não era praxe, o pessoal da saúde não entendia, não sabia nem como lidar com isso – fala com o pessoal do lazer como é que faz o contrato, como é que arruma esses profissionais - e foram jovens de educação física recém-formados, me parece também que tinha algum pessoal fazendo estágio que vinha junto e aí, para esse público nós não tínhamos como lidar”* (Sujeito 8).

Como era pequena a experiência com esse tipo de projeto junto ao Sistema Municipal de Saúde, foi feito, inicialmente, um contrato de seis meses com esses profissionais e estagiários. A inexperience com essa parceria, porém, retardou a finalização do contrato e os seis meses iniciais acabaram se transformando em três, causando interrupção nas caminhadas junto às US. Outro contrato de seis

meses foi implementado, mas as dificuldades persistiram e, mais uma vez, houve grande pausa nas atividades. Essas longas interrupções atrapalharam a implementação do projeto, visto dificultarem a criação de vínculos com os usuários e as US: *“... então você ficava com uma insegurança muito grande, o profissional que estava fazendo (...) como é que você vai conseguir dar uma boa dinâmica sabendo que daqui a três meses o projeto acaba (...) Enquanto o projeto não era permanente, acho que fica difícil você vender a idéia para quem está dentro do projeto, o profissional, que aquilo está tendo valor e que aquilo é prioridade da Secretaria”* (Sujeito 8).

Para minorar os problemas gerados pelas dificuldades na contratação e aumentar a adesão dos profissionais e munícipes ao projeto, a *“... opção foi por pessoas vinculadas ao universo da educação física, não necessariamente pessoas formadas (...). Foi feito um convênio entre a Secretaria de Saúde e uma organização não-governamental e, por meio desse convênio, a gente conseguiu contratar pessoas com esse perfil ou formados em educação física ou, em muitas das vezes, ainda cursando educação física. Por entender que essas pessoas cursam educação física e estão no meio do processo de formação, nós contratamos um consultor para melhorar e criar procedimentos para que essas pessoas entendam melhor, qualificando essas pessoas para a ação que pretende ser desenvolvida e que, na verdade, é desenvolvida”* (Sujeito 1).

Do ponto de vista dos monitores, essa nova forma de contratação acenou com a possibilidade de um novo campo de atuação profissional e repercutiu de maneira direta na criação de vínculos entre monitores, munícipes e US, o que ensejou a *“discussão com a população e com o pessoal que participa do orçamento participativo para que eles cobrassem, dentro do projeto da prefeitura de pensar o orçamento para o ano seguinte, a verba necessária para ficar permanente o Caminhando para Saúde. Então se estabeleceu aí um vínculo”* (Sujeito 8).

Até então, o programa Caminhando para a Saúde *“era a proposta de um programa que precisaria ser avaliado; portanto, tinha verba só para aquele ano e que tinha que ser renovado a cada ano, [mas] nós conseguimos, agora me lembro, via orçamento participativo, a definição do projeto como permanente”* (Sujeito 8) e outras

unidades passaram a ter o Caminhando para a Saúde como prática corporal integrada ao seu cotidiano, totalizando vinte e dois grupos de caminhadas, com mais de mil pessoas caminhado e tendo como referência as US.

“Inicialmente, pensou-se na população idosa, mas me parece que hoje ela se abriu (...) para outros segmentos da população, para outras faixas etárias” (Sujeito 4). Então, não existe mais restrição de idade e nem número máximo de pessoas por turma. O acesso pode ser feito em qualquer US, em qualquer época do ano. As práticas acontecem no período da manhã (com exceção da US Utinga), às segundas, quartas e sextas, ou às terças e quintas, dependendo da unidade.

Vale ressaltar que, das três práticas corporais que compõem o projeto Lazer e Saúde, somente o programa Caminhando para a Saúde é citado no Plano Municipal de Saúde da Cidade de Santo André como parte do Programa da Atenção à Saúde desenvolvido pela Secretaria de Saúde, que diz respeito a

- *Caminhadas monitoradas por profissionais de educação física, em áreas seguras próximas aos serviços de saúde.*
- *Atualmente, os usuários interessados ou encaminhados por indicação médica participam das caminhadas de duas a três vezes por semana.*
- *Essas pessoas passam por avaliação inicial de pressão arterial, peso e, de acordo com as condições clínicas, o monitor cria um programa personalizado com o tipo de atividade e tempo preestabelecidos.*
- *O programa atua na melhoria das condições físicas, aumenta a integração do grupo de usuários que, na maioria, têm sessenta anos ou mais. Observa-se também maior adesão aos tratamentos de diabéticos e hipertensos quando participam dos grupos de caminhada.*
- *Atualmente, o programa está implantado em 22 Unidades de Saúde e conta com o acompanhamento de 11 monitores especializados⁴¹.*

Percebe-se, então, que o programa Caminhando para a Saúde já se encontra implantado em várias regiões da cidade, abrangência comprovada pela tabela a seguir:

⁴¹ *Plano Municipal de Saúde da Cidade de Santo André, 2006, p.44.* Documento interno da Secretaria de Saúde.

Unidade de Saúde	Número de participantes até dezembro/2006	Média de participantes por mês	Atividades por semana
PSF Jd. Ana Maria	169	66,08	2
US Vila Luzita	240	88,58	3
US Pq. Novo Oratório	244	91,17	2
CSE - Capuava	248	70,17	3
PSF Recreio da Borda	313	46,17	3
US Cidade São Jorge	148	34,67	2
USF Vila Helena	136	36,92	3
US Vila Humaitá	90	13,25	2
NAPS II	25	8,04	2
US Jardim Alvorada	324	46,92	2
US Jardim Irene	267	83,08	3

Unidade de Saúde	Número de participantes até dezembro/2006	Média de participantes por mês	Atividades por semana
US Bom Pastor	85	33,75	2
US Pq. João Ramalho	211	58,00	3
USF Vila Linda	218	48,50	2
US Vila Lucinda	157	33,17	3
US Dr. Moysés Fucs	192	31,33	2
US Vila Palmares	120	40,67	3
US Vila Guiomar	84	23,17	3
US Centro	88	36,33	3
US Pq. das Nações	94	30,75	2
US Jardim Carla	198	22,42	2
US Utinga	214	32,83	3

Tabela 3: Média e número de participantes do programa Caminhando para a Saúde

3.3. Centro de Fortalecimento Muscular (CFM)

Dando continuidade à parceria formada entre o Departamento de Lazer e a Secretaria de Saúde e pensando em ampliar o acesso sob o ponto de vista da aptidão física, foram implementados, em julho de 2005, três Centros de Fortalecimento Muscular, compostos por equipamentos para exercícios resistidos, projetados para grupos especiais como idosos, reumáticos, obesos, cardiopatas e diabéticos. Essa “... opção foi pensando em situações mais críticas daqueles idosos com dificuldade de locomoção ou com problemas anteriores que não permitissem fazer a caminhada mesmo. Por exemplo, criar condições para que essas pessoas pratiquem outros tipos de atividades tendo como início o fortalecimento muscular...” (Sujeito 1).

Com isso, outras propostas foram buscadas, tendo a “... preocupação de fazer com que aquele que não pudesse fazer a caminhada, por questão da idade ou por outras questões colocadas pelo médico, pudesse ter aí o uso desse equipamento” (Sujeito 8). Tal ação, inicialmente técnica, foi embasada em literatura

específica que relata a falta de força muscular e a flexibilidade como uma das principais causas da perda de qualidade de vida:

O sedentarismo ou a hipocinesia induzida por doenças levam a uma redução gradativa e às vezes acentuada das qualidades de aptidão física, podendo comprometer seriamente a capacidade de realizar atividades diárias, dificultando a locomoção, aumentando os riscos de quedas e criando situações de risco cardiovascular nos esforços habituais. As qualidades de aptidão física que mais comprometem a qualidade de vida quando reduzidas são força e flexibilidade (SANTAREM, 2006).

Com esse entendimento e com o número de vagas limitado pela quantidade de equipamentos disponíveis, o acesso ficou restrito ao público idoso e preferencialmente aos que não participavam de nenhuma outra prática corporal integrante do projeto Lazer e Saúde. Embora a opção tenha sido técnica e funcional, não se perdeu de vista a oportunidade de socialização proporcionada pelo trabalho em grupo, pois as aulas eram oferecidas em dias e horários marcados, o que contribuiu para o convívio social. Assim, o “... CFM criou uma situação interessante de promover a atividade física, dessa maneira que as pessoas estão acostumadas – essa coisa de musculação e tudo o mais – mas a gente conseguiu chamar a atenção para isso e relacionar isso com uma qualidade de vida melhor para a terceira idade...” (Sujeito 1).

A segurança com relação ao público-alvo também foi uma preocupação na implementação dos CFMs. Desse modo, a opção foi usar equipamentos adaptados a essa população, que permitissem adequar a carga, a amplitude, o volume e o correto posicionamento nos equipamentos. Nesse sentido, a forma de contratação dos profissionais responsáveis para essa prática foi diferenciada das outras atividades do projeto Lazer e Saúde, agregando-se um estagiário de Educação Física ou Fisioterapia para aumentar a qualidade do atendimento e o grau de segurança dos exercícios. Em relação ao CFM, “... nós fizemos uma seleção pública. Neste caso, a gente optou ou pela pessoa formada em educação física ou pelo fisioterapeuta, neste último contrato. A gente não tem uma avaliação definitiva, mas me parece que o melhor perfil, neste caso, é o professor de educação física, particularmente é o que eu penso. No caso do CFM, a gente contrata uma pessoa formada – essa é a exigência – que tem o apoio de estagiários...” (Sujeito 1).

O espaço físico para a instalação dos equipamentos foi um dos problemas enfrentados durante o período de implementação dos CFMs. Os equipamentos foram adquiridos pela Secretaria de Saúde, mas as US não dispunham de estrutura física capaz de acomodá-los. Para instalá-los em centros comunitários e parques da região seria necessário investir na adequação dos locais, para o que se criou uma parceria com a Secretaria de Educação visando aloca-los nos CESAs. *“No caso do CFM (...), a Secretaria de Saúde adquiriu os equipamentos e nós tivemos, além da Saúde e do Lazer, envolvida a Secretaria de Educação...” (Sujeito 1).*

Seis meses depois da compra, os equipamentos foram instalados no CESA Cata Preta, no CESA Palmares e na Chácara Pignatari, contemplando regiões de maior e menor carência da cidade de Santo André. As aulas são oferecidas duas vezes por semana, às terças e quintas ou às quartas e sextas, em horários preestabelecidos.

A figura 9 indica a localização das práticas corporais do projeto Lazer e Saúde, em de 2006.

Nesse percurso histórico da implementação do projeto Lazer e Saúde, verificou-se que a sua construção se deu de maneira segmentada, iniciada pela identificação de uma gestora para a prática do Lian Gong e que frutificou com um olhar mais abrangente, com ênfase no acesso, na autonomia e na inclusão das pessoas às práticas corporais, como mote para a busca de melhor qualidade de vida.

Figura 9: Mapa das práticas corporais em Santo André

4. MATRIZ DOS RELATOS

Os dados colhidos pelas entrevistas semi-estruturadas encontram-se organizados em uma matriz planejada, que será apresentada em dois formatos: o primeiro, demonstra os resultados sob uma perspectiva temática, ou seja, a leitura horizontal⁴² dessa matriz, (figura 10) com intuito de apresentar os temas que surgiram durante as entrevistas e sua respectiva relevância para compreender o nosso objeto de estudo – o projeto “Lazer e Saúde”; o segundo, apresenta os resultados do ponto de vista dos sujeitos entrevistados, de modo a promover uma aproximação com o campo da Saúde Coletiva e com os conceitos relativos às práticas corporais.

		Sujeito 1	Sujeito 2	Sujeito 3	Sujeito 4	Sujeito 5	Sujeito 6	Sujeito 7	Sujeito 8
T E M A S	Problemas e Dificuldades								
	Aspectos Positivos								
	PNPS								
	Outros Temas								

Figura 10 Estrutura original da matriz de relatos

⁴² A figura 10 ilustra o modelo original da matriz de resultados. Essa metodologia nos permitiu uma visão ampla e relacional dos temas levantados por todos os sujeitos entrevistados e de todos os sujeitos com seus respectivos temas. Esse modelo foi apresentado à banca no momento da defesa da dissertação, elogiado e aprovado. Entretanto, as normas e regras que orientam a formatação das dissertações e teses da Escola de Educação Física e Esporte (AMADIO, 2000) impossibilitou a impressão da dissertação na sua concepção original. É por esse motivo que as tabelas, a seguir, foram alteradas de modo que poderá haver dificuldade para a compreensão das relações construídas na análise temática e na análise dos sujeitos. Os temas que inicialmente estavam na horizontal, foram deslocados para a vertical. A matriz temática e a matriz dos sujeitos – originalmente mediam 105 cm e 80 cm, respectivamente. Também utilizamos cores na versão apresentada à banca porque permitem uma melhor visualização dos temas e para a versão final foi preciso ficar no P & B.

Matriz de resultados sob perspectiva temática

Sujeitos	Projeto “Lazer e Saúde”	
	Objetivos	
	Práticas Orientais	
1	Na verdade, aqui na Secretaria de Cultura, Esporte e Lazer, nós temos várias ações que dizem respeito à qualidade de vida. A prática esportiva, a assistência a espetáculos culturais, a participação em oficinas, todas elas, de uma maneira de outra, dizem respeito à qualidade de vida. Na divisão operacional do que cada departamento deve fazer, Cultura, Esporte e Lazer, nós, diante de um grande leque de opções, fizemos a escolha pelas Práticas Orientais, considerando que elas possuem um potencial grande e que as pessoas não têm grandes possibilidades de acesso de maneira gratuita ao que o mercado oferece, mas o poder público não fazia. Então, com relação às Práticas Orientais, ao perceber esse crescimento, essa procura, a gente achou por bem, enquanto um direito, tornar possível a prática gratuita dessas atividades.	
2	A idéia sempre foi levar para os parques; a idéia mesmo era começar nos parques, depois foi para os Centros Comunitários; conciliar algumas coisas como práticas alternativas que trabalhassem o corpo/mente, buscando qualidade de vida, o combate ao stress.	
3; 4; 5; 6; 7; 8		

Sujeitos	Projeto “Lazer e Saúde”	
	Objetivos	
	Caminhando para a Saúde	
1	O nosso interesse em relação à "Caminhada" é que ela pode se tornar autônoma com grande facilidade, ou seja, a pessoa ganha essa condição, ganha autonomia, adquirir prazer em caminhar; mesmo fora do programa ela pode continuar a fazer.	
2		
3	O "Caminhando para a Saúde", hoje, está atendendo 22 Unidades de Saúde e o que prevê o projeto? É você agrupar pessoas interessadas em fazer uma atividade física; essas pessoas, normalmente elas vão na área da sua Unidade desenvolver o programa de caminhadas orientadas pelos monitores.	
4	... um vínculo de grupo que para gente também era um dos pilares do projeto, que desse conta da questão do idoso, da socialização, do lazer ... Isso daí para gente foi como objetivo específico: diminuir o número de depressão dessa população idosa que a gente viu que era crescente (...). O grupo mesmo criou autonomia; era isso, eu acho que era não, é isso que os grupos precisam para que eles possam criar autonomia e desenvolver esse trabalho.	
5	Eu vejo como uma prioridade (...), porque a gente tem que recarregar. Todo mundo tem problema, mas eu acho que nessa população que a gente atende, os problemas acabam sendo potencializados pela dificuldade financeira, pelas organizações familiares. Então, tem que ter um grupo, tem que ter um espaço para você, para você cuidar da sua vida, da sua saúde, se não, eu acho que as pessoas não agüentam. Eu acho que tem que começar por aí (...). Eu acho que devia ter bons funcionários para investir nisso, não só nessa questão física, mas naquilo que você colocou, de reflexão mesmo, de cidadania sobre a vida, sobre as pessoas, sobre a cidade, sobre o mundo e eu acho que aqui seria um espaço legal para isso.	

Sujeitos	Projeto “Lazer e Saúde”	
	Objetivo	
	Caminhando para a Saúde (continuação)	
6; 7		
8	<p>“Caminhando para a Saúde”, eu acho que a grande novidade que faz a diferença é que você vai encontrar aquela pessoa que é meio sedentária, que vive procurando a Unidade de Saúde para tomar remédio, para procurar o médico, para medir a pressão e não associa que ela precisa melhorar o ritmo dela, que ela precisa fazer outras coisas que não procurar a Unidade de Saúde. Então, eu acho que quando a gente estabelece que o projeto pode entrar via Unidade de Saúde, “Caminhando para Saúde”, na responsabilidade da Secretaria de Saúde é a diferença; é você ter um outro público que não vê a agenda da cidade, não lê o jornal, mas ela vai lá na Unidade de Saúde e é convidada a participar do grupo que vai fazer a caminhada. Lá vai ter monitoramento, vai ter alguém orientando como é que tem que fazer o esforço, como é o retorno dela, o caminhar dela gradativo; então, uma série de coisas que foram implementadas, eu acho que criou um outro espírito dentro da Secretaria de Saúde.</p>	

Sujeitos	Projeto “Lazer e Saúde”	
	Objetivos	
	CFM	
1	Em relação ao CFM, a opção foi pensando em situações mais críticas, daqueles idosos que com dificuldade de locomoção ou com problemas anteriores, que não permitissem fazer a caminhada mesmo. Por exemplo, criar condições para que essas pessoas pratiquem outros tipos de atividades, tendo como início o fortalecimento muscular.	
2		
3	Em um primeiro momento, o objetivo era preparar as pessoas que têm uma vida sedentária, que têm suas dificuldades de locomoção, prepará-las para que elas possam participar de outras atividades de lazer ou de atividades físicas que a gente pode disponibilizar, por exemplo o "Caminhando"; acho que esse é o nosso foco principal.	
4; 5; 6; 7		
8	Na preocupação de fazer com aquele que não pudesse fazer a Caminhada, por questão da idade ou por outras questões colocadas pelo médico, pudesse ter aí o uso desse equipamento.	

Sujeitos	Projeto “Lazer e Saúde”	
	Multiplicadores	
1	Já naquele momento na implementação, existiu uma aproximação com a Secretaria de Saúde (...); mas pensando na formação de multiplicadores, foi criado um curso de multiplicadores pensando que essas pessoas, ao serem formadas, elas atuariam na rede de Saúde (...); mais para frente percebeu-se que isso não era viável, tendo em vista que as pessoas que se formavam não se comprometiam a trabalhar na rede de Saúde. Então, essa primeira aproximação com a Secretaria de Saúde se deu logo no início desta gestão.	
2	... o Lian Gong em 98; em um determinado momento, as pessoas falavam que esse era um tipo de coisa que se a gente não entrasse numa reformulação ia chegar uma hora em que a gente não iria conseguir oferecer essa atividade pelo custo. O valor hora/aula do Lian Gong e do Tai Chi é bem diferente dos estagiários para monitor de qualquer outra coisa na área de atividade física, porque a pessoa é muito específica e especializada, aquela coisa toda. Aí fizeram um curso de formação para monitores, pensando que as pessoas fossem reproduzir isso, mas isso acabou não vingando muito. Uma pessoa, que a gente tem certeza de que deu certo, que acabou reproduzindo isso foi (...) uma menina agente de lazer daqui, trabalhava com a gente e que acabou se identificando com essa área. Hoje ela dá aulas de Lian Gong para a saúde mental, dentro da Saúde e acabou até se desvinculando do nosso departamento e foi para lá. (...) A gente percebeu que não é tão simples assim; formar multiplicadores não é tão simples, principalmente nessa área, até porque, o nosso público é de terceira idade, eles querem é uma orientação, uma atividade orientada e eles não se vêem enquanto multiplicadores. Por mais que você ofereça o curso para serem multiplicadores, eles não se atraem, pela prática em si sim, mas como multiplicadores não funcionou. Quer dizer, foi um dinheiro que foi aplicado, tem muita gente que fez, vários monitores que trabalhavam com a gente, mas eu sei que quem está trabalhando com isso só foi ela, foi a única pessoa que deu continuidade (...). No caso [dessa agente de Lazer], foi ela que se identificou, tanto que depois do Lian Gong, agora ela já fez um curso de Yoga e ela dá aula de Yoga também.	
3		
4	São funcionários de carreiras: tem um que é professor de Educação Física que foi emprestado do Lazer; tem uma Terapeuta Corporal, também contratada; tem também uma funcionária de carreira da Prefeitura e tem essa especialização, é Psicóloga, mas trabalha com o Lian Gong há um tempão ... Então, são essas pessoas (...) é isso que está garantido, por enquanto, a gente estar com o projeto há três anos.	
5; 6; 7; 8		

Sujeitos	Projeto “Lazer e Saúde”	
	Contratação	
	Práticas Orientais	
1	... nós temos um contrato com uma empresa que trabalha com esse tipo de atividade, uma empresa que trabalha aqui na região há muito tempo e certamente essas pessoas, todas certificadas, têm o reconhecimento profissional naquilo que fazem. Então, nós contratamos um grupo de profissionais com esse reconhecimento para trabalhar com as Práticas Orientais.	
2; 3; 4; 5; 6; 7; 8		

Sujeitos	Projeto “Lazer e Saúde”	
	Contratação	
	Caminhando para a Saúde	
1	Na "Caminhada", a nossa opção foi por pessoas vinculadas ao universo da Educação Física, não necessariamente pessoas formadas. Então, a forma de contratação ela é diferenciada; foi feito um convênio entre a Secretaria de Saúde e uma organização não-governamental e por meio desse convênio a gente conseguiu contratar pessoas com esse perfil: ou formados em Educação Física ou, em muitas das vezes, ainda cursando Educação Física. Por entender que essas pessoas cursam Educação Física e estão no meio do processo de formação, nós contratamos um consultor para melhorar e criar procedimentos para que essas pessoas entendam melhor, qualificando essas pessoas para a ação que pretende ser desenvolvida e que, na verdade, é desenvolvida no momento.	
2; 3; 4; 5; 6; 7; 8		

Sujeitos	Projeto “Lazer e Saúde”	
	Contratação	
	CFM	
1	Em relação ao CFM nós fizemos uma seleção pública. Neste caso, a gente optou ou pela pessoa formada em Educação Física ou pelo Fisioterapeuta, neste último contrato. A gente não tem uma avaliação definitiva, mas me parece que o melhor perfil, neste caso, é o professor de Educação Física, particularmente é o que eu penso. No caso do CFM, a gente contrata uma pessoa formada, essa é a exigência, que tem o apoio de estagiários.	
2; 3; 4; 5; 6; 7; 8		

Sujeitos	Projeto “Lazer e Saúde”	
	Histórico do “Lazer e Saúde”	
	Práticas Orientais	
1	... essas práticas começaram já no período de 97 a 2000, quando foi criado o Departamento de Lazer na Secretaria de Cultura, Esporte e Lazer. Foram desenvolvidas ações nos parques municipais, relacionadas às Práticas Orientais. Sobretudo o Lian Gong era o carro-chefe; essas práticas foram implementadas para a população e de lá para cá elas foram sendo aperfeiçoadas. A partir de 2001, eu comecei a atuar no Departamento de Lazer e nós demos continuidade às Práticas Orientais nos parques e também tivemos o cuidado de diversificar. Então, não ficamos só restrito ao Lian Gong; incluímos o Tai Chi Chuan, a massagem e outras possibilidades dentro dessa linha. Não satisfeitos com isso, nós buscamos, junto à Secretaria de Saúde, a criação de um programa que nós intitulamos, de uma forma bem genérica, de "Lazer e Saúde".	

Sujeitos	Projeto “Lazer e Saúde”	
	Histórico do “Lazer e Saúde”	
	Práticas Orientais (continuação)	
2	<p>Tudo começou com a idéia de trazer o Lian Gong para Santo André, porque ela já tinha tido uma experiência, não sei se foi em São Paulo, quando ela tinha trabalhado em São Paulo. Ela até me pediu, naquela época, para contactar a (...) [pessoa responsável pela atividade]. Aí, por uma série de coisas, como valores, não foi possível naquele momento, porque o que a gente tinha de verba disponível não seria possível. Aí, a (...) [pessoa responsável pela atividade] nos indicou a (...) [outra pessoa responsável pela atividade]; isso foi, acho, em 98... A (...) [outra pessoa responsável pela atividade] já tinha alguma prática, mas uma coisa particular, em academia, mas em parque como a gente começou a trabalhar naquela época, era uma coisa nova. Então, houve todo um trabalho de difusão, difundir o que é o Lian Gong, qual era o objetivo, e aquela coisa toda; e assim, foi uma adesão muito grande, tanto que os primeiros encontros lotavam o Parque Celso Daniel. Daí entrou Tai Chi e foi assim. A gente não contratava, porque todo esse serviço é terceirizado aqui na Prefeitura; a gente não tem nenhum profissional de carreira nessa área, no quadro da Prefeitura, não tem ninguém que mexa com isso, mas eles [Prefeitura] tinham, no Apoio ao Esporte, uma pessoa, o (...), que competia na área de Tai Chi, Tai Chi espada. Ele fazia algumas apresentações e como ele recebia uma bolsa, e como ele não tinha nessa área, tanto o que fazer, ele foi disponibilizado para o Departamento de Lazer para montar aulas de Tai Chi. Então, a gente conciliou o Lian Gong e o Tai Chi; depois de um tempo entrou o Yoga. Foi meio que paulatinamente e de lá para cá a gente só ampliou essa prática. A idéia sempre foi levar para os parques, a idéia mesmo era começar (...) conversando com a professora. A gente pensou no que a gente poderia fazer, não para melhorar o atendimento, mas diversificar um pouco, para não ficar uma coisa muito repetitiva. Foi aí quando a gente pensou em introduzir as danças circulares, como uma prática para mesclar; a gente não tem as danças circulares com uma coisa exclusiva, ela mescla com o Lian Gong, e aí a gente introduziu o curso de Shiatsu, que também já tinha tido uma experiência anterior, com uma boa aceitação. Então, a gente está repetindo os cursos de Shiatsu que vão acontecer uma vez no ano em cada CESA: é um curso de auto-Shiatsu, é uma coisa que a pessoa faz uma auto-massagem. São quatro aulas que a pessoa vai ter durante um mês; uma iniciação. Aí, o professor se preocupou em preparar uma apostila e a gente está fornecendo este material aos participantes.</p>	
3; 4; 5; 6; 7		
8	<p>... a prática de Lian Gong ou outro tipo de atividade que tinha era mais desenvolvida nos parques; você colocava na agenda da cidade, você fazia uma divulgação por parte do Lazer; era sempre identificado como atividade de lazer, ou atividade da Secretaria de Cultura, mas não identificado com o público da Saúde.</p>	

Sujeitos	Projeto “Lazer e Saúde”	
	Histórico do “Lazer e Saúde”	
	Caminhando para Saúde	
1	... o "Caminhando" cria demandas para a caminhada, que para nós é uma coisa bastante interessante; é diferente de você trabalhar num parque com pessoas que gostam de caminhar ou criar demanda para caminhantes nas Unidades de Saúde.	
2; 3; 4; 5; 6; 7		
8	... nós conseguimos, agora me lembro, via Orçamento Participativo, a definição do projeto como permanente, que era uma proposta de um programa que precisaria ser avaliado; portanto, tinha verba só para aquele ano e que tinha que ser renovada a cada ano.	

Sujeitos	Projeto “Lazer e Saúde”	
	Histórico do “Lazer e Saúde”	
	CFM	
1	O CFM criou uma situação interessante de promover a atividade física dessa maneira que as pessoas estão acostumadas, essa coisa de musculação e tudo mais; mas a gente conseguiu chamar a atenção para isso e relacionar isso com uma qualidade de vida melhor para a terceira idade.	
2; 3; 4; 5; 6; 7; 8		

Sujeitos	Limitações / Problemas	
	Pré-implementação	
1, 2; 3;		
4	Foi vender o projeto, foi vender. Vender para o Secretário da Saúde e para a outra Secretaria de Esporte e Lazer, para se fazer esse trabalho em parceria . É vender mesmo a idéia (...). Então, vender o projeto como uma tentativa de conseguir ajudar no planejamento do custo da assistência foi difícil, porque o resultado era a longo prazo, médio e longo prazo. Não dava para ter um resultado a curto prazo para dizer - olha, o "Caminhando" tem 1000 pessoas caminhando; dessas 1000 pessoas, com o projeto "Caminhando para a Saúde" só 20% foram fazer exames e receber atendimento. Não tinha como fazer isso, porque a gente não tinha nenhum elemento para fazer isso, não tinha ferramentas para fazer. Então, vender e convencer foi difícil e aí eu, estrategicamente dentro da Secretaria da Saúde e, provavelmente o sujeito 1, fez isso, porque nós éramos diretores na época; fez isso no Esporte, na Cultura e no Lazer para dizer que esse era um projeto que politicamente pegava bem (...). Então, eu vendi no viés político, mas é claro que a minha intenção, enquanto Técnica de Saúde, como uma pessoa que trabalha com isso há muitos anos, sanitaria, eu sabia que não era isso que eu queria, mas eu tinha que vender ...	
5; 6; 7		
8	Acho o problema, também, da... quer dizer, quando você tinha o projeto não permanente, então você ficava com uma insegurança muito grande; o profissional que estava fazendo, quer dizer, como é que você vai conseguir dar uma boa dinâmica, sabendo que daqui a três meses o projeto acaba (...) Enquanto o projeto não era permanente, eu acho que fica difícil você vender a idéia para quem tá dentro do projeto, o profissional, que aquilo é prioridade da Secretaria.	

Sujeitos	Limitações / Problemas
	Intersetorialidade
1	<p>... acontece que na medida que esses projetos vão sendo desenvolvidos, existem diferentes intensidades de trabalho conjunto. No caso do "Caminhando para a Saúde" e no caso do CFM, que não têm como existir se não for de maneira conjunta, existem problemas nessa implementação contínua. Então, em alguns momentos a gente tem dificuldade mesmo, coisas simples como de se encontrar com a Saúde, de reavaliar, de rever alguns procedimentos do projeto e talvez o contrário também seja verdadeiro. Mas o principal problema é a operação conjunta desse projeto. Em alguns casos, por exemplo, como o caso da "Caminhada", toda a parte administrativa da contratação de pessoal é via Secretaria de Saúde, mas se eu posso dizer, a parte pedagógica é desenvolvida pelo Departamento de Lazer e em alguns momentos essas partes têm dificuldade de conversar. No caso do CFM é a mesma coisa: no modelo que a gente adotou aqui, a Secretaria de Saúde adquiriu os equipamentos; nós tivemos, além da Saúde e do Lazer, envolvida a Secretaria de Educação e fizemos a implementação conjunta, mas também vivemos momentos de dificuldades para criar maior organicidade naquilo que foi contratado no início do projeto. Parece que as pessoas que são responsáveis pela ação, isso sim. Na verdade, como se trata de uma atuação intersetorial, dentro desse projeto intersetorial, aqueles gerentes que ficam responsáveis pela ação cotidiana têm interesse, têm um movimento muito interessante. Agora, as pessoas que se colocam como parceiros, nem sempre se posicionam da maneira esperada, ou atuam, se comprometem da maneira esperada. Além disso, como a gente presta serviço em locais que não necessariamente são da nossa gerência, do ponto de vista do Departamento de Lazer, a gente encontra resistências de outras ordens. Então, se você vai levar um serviço novo, "Caminhando para a Saúde" por exemplo, ele acontece em Unidades de Saúde e essas Unidades têm responsáveis; muitas vezes esses responsáveis acham que a chegada desse programa trata-se de uma inovação, trata-se de um benefício para a Unidade e outras vezes ao contrário, as pessoas acham que isso vai atrapalhar o andamento da Unidade e me parece que a questão de fundo é um entendimento da Política de Saúde, uma coisa curativa, uma coisa só da doença ou ao contrário, uma coisa que é a promoção da saúde via atividade física, via lazer. Então, por trás dessa posição dos gestores vem essa compreensão do que seria Saúde. Me parece que além de ser uma estratégia de gestão da Prefeitura, ela fica muito a cargo de cada setor. Então, falando do Departamento de Lazer, nós buscamos ações conjuntas com outros setores da Prefeitura e estabelecemos vínculos e trabalhos conjuntos com a Saúde, com eu já disse, com a Educação, com a Inclusão Social, com o SEMASA, com o meio ambiente, com o turismo, com Paranapiacaba, mas esse protagonismo fica a cargo de cada setor, em que pese ser uma orientação do governo.</p>

Sujeitos	Limitações / Problemas
	Intersetorialidade (continuação)
2	<p>... parceria é complicado (...) eu sempre achei que a Saúde eram os nossos parceiros, mas eu ouvi ao contrário, que nós é que somos parceiros da Saúde, apesar de gerenciarmos o programa e fazer todo o acompanhamento. Os entendimentos sobre parceria são complicados, porque parceria é trabalhar em partes iguais, mas o que eu vejo hoje, o que prevalece é o seguinte: quem mantém financeiramente o programa é o dono dele e os demais são parceiros, mesmo que a participação seja só no financiamento. No caso da Saúde, tendo uma conversa com o pessoal da comunicação (...) ele usou exatamente essa expressão "Ah! eu pensei que era ao contrário, eu sempre ouvi dizer que vocês é que são parceiros deles, porque lá na Saúde eles dizem que vocês... que o programa é deles e vocês é que são parceiros". Então, acho meio desconexo essa relação de parcerias, o entendimento que as pessoas têm sobre isso; mas no nosso caso, a gente tem parceria não só nas Práticas Orientais, mas tanto no "Caminhando" como no CFM. A gente faz uma troca de verbas, até porque eles não podem estar contratando para esse tipo de atividade, para atender a terceira idade e aí a gente tem a total liberdade de gerenciar, definir. Sabe, eles não interferem em nada. Na Saúde é mais complexo pelo que eu percebo, apesar de não acompanhar muito, mas nas poucas reuniões que eu participei (...) eu senti que a relação é mais complexa, até do entendimento que ela [profissional ligada à Secretaria da Saúde] tem sobre a atitude parece bem diferenciado. Então, parece que não é tão simples assim, mas é algo que eu não conheço a fundo, porque não participei de tantas reuniões ... Mas que eu me lembre, a primeira reunião dela foi bem complicada, ela pôs tudo em dúvida, o que ela não concordava (...); eu tive até a impressão que ela queria acabar com o programa naquela primeira reunião; se ela pudesse ter substituído todos os monitores para colocar estagiários do esporte ela teria feito, independente de qual era o objetivo do programa. Eu percebi que ela não tinha um entendimento real sobre o programa e já tinha uma idéia formada. Depois, a impressão que eu tive também, quando ela começou a sentir qual era o alcance do programa, ela foi mudando, ficando mais maleável. Mas eu achei que no início ela teve uma postura bem radical, não foi uma coisa tão tranquila. Essa foi a impressão que eu tenho, apesar de participar de poucas reuniões.</p>
3	<p>Uma coisa que poderia ser boa, eu acho, que tem o seu lado positivo é a coisa intersetorial. Não é só a Saúde, a gente tem uma outra Secretaria, Departamento, enfim, envolvido (...), mas também esse é o problema, porque aí você tem várias pessoas olhando e não tem um fluxo muito claro como esse trabalho vai acontecer. Então, eu acho que o problema é esse: a gente não tem, dentro de nenhuma Secretaria ou Departamento ou dentro da Prefeitura que seja, alguém que pudesse ter esse olhar, que pudesse organizar para poder otimizar. Você tem lá a sua limitação de recursos por exemplo; então, você tenta otimizar. Quando você tem várias Secretarias envolvidas, às vezes você acaba se perdendo e não tendo uma otimização tão positiva. Então, esse é um problema ...</p>
4	<p>... o que acontece, tem sempre uma fragmentação (...), não existe uma conexão entre o pensar do trabalhador da Saúde e o pensar do usuário do Serviço de Saúde, não existe isso. Esses pensamentos, eles não se cruzam em nenhum momento e eles diferem da água para o vinho. É difícil para a gente que tem bastante tempo na cidade, quando os dois grupos conseguem concordar com a mesma questão.</p>
5	<p>Que eu me lembre não [outras ações da rede básica de saúde], porque é o que a gente sempre fala: a gente se conversa pouco, sabe pouco dos outros departamentos...</p>
6	<p>Hoje eu tenho dificuldade de falar com outros departamentos. Lazer, por exemplo, eu não sei quem é a pessoa de referência; eu não sei quem é a pessoa de referência no Serviço Social; a gente fica fechado na Saúde. Por exemplo, o Lazer faz atividades que poderiam ser passadas para nós e que a gente poderia divulgar para esse grupo participar também. O Parque Escola tem cursos gratuitos, coisas muito legais que a gente não tem como divulgar, porque a gente não sabe. A comunicação não é muito bem feita. Acho que a gente tem um problema de comunicação.</p>

Sujeitos	Limitações / Problemas
	Intersetorialidade (continuação)
7	Sabe que eu pensei numa coisa, (...), quando eu vim para essa Unidade, eu comecei a questionar muito a questão dos profissionais, tanto dos médicos, quanto da limpeza, quanto da enfermagem, quanto da recepção administrativa. Eu via muito setorizado: eu sou da enfermagem, eu sou da recepção... e não havia um envolvimento maior. Eu acho que em uma Unidade isso não funciona. Você tem que ter envolvimento, você tem que ter a postura profissional de chegar para o médico e dizer: olha, doutor, isso não pode acontecer (...). A Secretária da Saúde, na verdade, não quer que a gente fique fixando as coisas na parede, por causa de poluição visual; então, a minha intenção era fazer lá fora. Mas você viu a cobertura linda e maravilhosa que eles fizeram lá? Quando chove, molha tudo em volta; mas se tivessem feito uma cobertura decente, eu acho que eu poderia aproveitar muito bem esse corredor para fazer uma divulgação.
8	Inicialmente, eu acho que nós tivemos problemas com alguns profissionais, porque entendem que isso é coisa do Lazer...

Sujeitos	Limitações / Problemas
	Divulgação
1; 2	
3	É um trabalho que não tem a divulgação que ele merece. É um trabalho que tem muita coisa acontecendo, mas esses dados eles não são divulgados. Então, se você não divulga dados, você não convence os profissionais da área médica e aí principalmente o médico. O médico já tem uma certa resistência, porque ... qual é o olhar do médico? Ele acha que naquele momento que ele orientou uma pessoa para fazer atividade, parece que ele assumiu a responsabilidade do tempo inteiro daquela pessoa. A gente tem que mostrar para ele - olha, as pessoas estão participando, estão frequentando, a média de vezes que a pessoa vem é essa, as pessoas têm dado seus relatos pessoais que está sendo bom - enfim, a gente tem que levar isso para eles aderirem, para eles assumirem o programa para eles ... e não é só com o médico ... Acho que ajuda muito com médico, mas a gente tem que ver também os outros profissionais da Unidade, eles também podem ajudar bastante; então, acho que isso é divulgar mais, é fazer a nossa propaganda um pouco melhor para a gente mesmo.
4; 5; 6	
7	A Secretária da Saúde, na verdade, não quer que a gente fique fixando as coisas na parede, por causa de poluição visual; então, a minha intenção era fazer lá fora. Mas você viu a cobertura linda e maravilhosa que eles fizeram lá? Quando chove, molha tudo em volta; mas se tivessem feito uma cobertura decente eu acho que eu poderia aproveitar muito bem esse corredor para fazer uma divulgação.
8	

Sujeitos	Limitações / Problemas
	Avaliação
1	<p>Outra questão em relação à dificuldade ainda, diz respeito ao relacionamento com o público, com o nosso público. Nós temos também dificuldades para avaliar, ficamos à mercê dos monitores para saber a avaliação do projeto. A pessoa que desenvolve a atividades é a mesma pessoa que teoricamente faz a avaliação do projeto. Então, a gente não tem uma avaliação macro do projeto, tem uma certa dificuldade para fazê-la. A gente precisa criar mecanismos para avaliar, para a gente poder rever e melhorar essas práticas (...) Agora, como já disse, em muitas das vezes essa avaliação carece da fala do usuário; então, a fala do usuário fica restrita ao ouvido do agente, ao ouvido do professor e nem sempre isso é uma coisa fácil de se medir. Me parece que esse é o nosso ponto crítico em termos de avaliação.</p>
2	<p>... tem um cadastro em que a gente pede sugestões, mas acho que a participação não se limita apenas a sugestões ... O máximo que a gente faz são consultas: consulta ao coordenador, consulta ao professor, ao público ...</p>
3	<p>Eu acho que está faltando isso, a gente ter um instrumento melhor para avaliar se essa permanência deve ser quatro meses realmente; às vezes ela pode precisar, em algum caso isolado, de mais tempo. Talvez essa pessoa precisa de seis meses, um ano, para ela estar preparada para ir para uma outra atividade; talvez ela não tenha condições, não tenha nenhuma característica pessoal para ir para uma outra atividade. Se é aquilo mesmo que ela gostaria de fazer e aí será que a gente fecha mesmo? Bloqueia, dizendo que acabou seu tempo? Por outro lado, se a gente não limita o tempo, aquele que está esperando vai ficar esperando até quando? Então, eu acho que tem uma dificuldade nesse sentido. (...) A gente não tem uma metodologia para coletar os resultados; então, eu acho que hoje, por não ter uma pessoa que fique responsável para olhar para essas atividades e não ter uma metodologia, a gente não coleta dados; isso é uma falha. Eu acho que é ruim, porque a gente fica o tempo todo falando que é bom, que o resultado é positivo, mas que resultado é esse - "é bom" - ? Eu acho que a gente não tem isso muito claro, porque não está sistematizada a coleta dos resultados; acho que é uma falta muito grande. (...) Acho que falta a gente conhecer um pouquinho mais essa resposta. A gente tem vários olhares para essa resposta, mas a gente também tem que ter um critério de avaliação. Então, adotar alguns critérios de avaliação, mesmo na avaliação clínica, eu acho que falta é isso, vamos medir isso. Isso não é o que vai dizer, mas eu acho que falta medir. Então, o positivo é isso, eu acho que é a questão física e a questão da socialização.</p>
4	<p>O ganho mesmo para a integralidade, para ver a forma integral daquela população que usa, da população alvo, não dava para você medir em pouco tempo. Dá para medir agora; agora daria para medir, qualitativamente, quantitativamente; mas aí a gente já sabe que já está dando para medir e que também é positivo (...). Não sei, talvez as pessoas achem que avaliação é uma coisa muito complicada de ser feita, que precisa de um técnico especializado para isso. Se você for perguntar para outras pessoas, elas vão dizer – Ah!, mas é que o dia-a-dia consome a gente, então a gente não tem tempo de sentar e avaliar – Isso é um equívoco muito grande, tamanho GG, porque quando você não avalia, você não faz reflexões a respeito do seu trabalho, você não faz reflexões a respeito dos processos daquele trabalho que te fizeram chegar até aquele ponto. Se você não avalia, você não consegue corrigir a rota mesmo, você não avança. Então é assim: o "Caminhando" é um projeto que de tão bom que é, ele avança sozinho, sem nada disso. Imagina se tivesse uma avaliação consistente e se isso pudesse dar publicidade para isso tudo. Imagine que coisa linda, que coisa politicamente palatável, eu diria, e tecnicamente também, para quem trabalha no projeto e está envolvido nele, entendeu? Mas não tem avaliação. (...) Fizemos uma avaliação tipo de qualitativa mesmo, testemunhal na verdade. Não tinha nenhum dado quantitativo, do tipo quantos por cento da população, ao invés de ir quatro vezes no médico em dois meses foi uma, entendeu? Quantitativamente não dava para ver; o que nós fizemos foi testemunhal mesmo, com uma dinâmica de grupo. As pessoas falaram do projeto e da avaliação do projeto em diferentes prismas; então, foi qualitativa na verdade.</p>

Sujeitos	Limitações / Problemas	
	Avaliação (continuação)	
5		
6	<p>Não é feito um estudo indicativo mostrando para nós, encarregados, que esse programa teve um impacto. Que nem na epidemiologia: você põe uma vacina, avalia, mostra o resultado. O que acontece, você põe um programa, não faz o monitoramento, não tem uma tabulação, não tem uma avaliação, então é assim ou ele cai... A gente sabe que implantar não é difícil, o difícil é supervisionar e manter o programa. Então, eu acho que o que falta é isso, o que falta é a gente saber resultados: eu sei o resultado da minha Unidade, mas eu não sei das outras. Eu acho que tem que compartilhar o que eu tenho com as outras Unidades. De repente, se você pega um grupo de monitores e vem aqui com a (...) [monitora da caminhada] para ela ensinar o olhar, treinar, mostrar o que é uma extra-sístole, o que é uma arritmia, qual foi a experiência dela nessa Unidade com relação à conversa com clínico, como ela conseguiu esse tipo de relacionamento, a experiência dela; então isso é o que eu acho que falta, para adquirir mais confiabilidade mesmo.</p>	
7; 8		

Sujeitos	Limitações / Problemas	
	Financeiro	
	CFM e Caminhando para a Saúde	
1	<p>No caso do "Caminhando para a Saúde" e no caso do CFM, que não têm como existir se não for de maneira conjunta (...). Em alguns casos, por exemplo, como o caso da "Caminhada", toda a parte administrativa da contratação de pessoal é via Secretaria de Saúde (...). No caso do CFM a mesma coisa: no modelo que a gente adotou aqui, a Secretaria de Saúde adquiriu os equipamentos ...</p>	
2; 3; 4; 5; 6; 7; 8		

Sujeitos	Limitações / Problemas	
	Financeiro	
	Práticas Orientais	
1		
2	... hoje a gente só não oferece mais por uma questão de verbas, porque a gente tem turmas lotadas.	
3;4; 5; 6; 7; 8		

Sujeitos	Limitações / Problemas	
	Continuidade	
	Contratação e escolha profissional	
1		
2	<p>O valor hora/aula do Lian Gong e do Tai Chi é bem diferente dos estagiários para monitor de qualquer outra coisa na área de atividade física, porque a pessoa é muito específica e especializada (...). O fato da gente terceirizar o serviço, a gente tem um problema muito sério: quando hoje você tem um profissional de boa qualidade, no contrato seguinte ele não pode participar da seleção e aí você começa sempre do zero. Então, eu acho que você não pode investir, não é financeiramente interessante. Você não pode dar um investimento a longo prazo para uma pessoa que vai ficar pouco tempo. É uma coisa meio capitalista, mas se você for analisar, se você der uma formação muito grande, um teste, uma capacitação, você sabe que ele vai permanecer por um ano no quadro (...); o maior problema é não dar continuidade e não poder investir na pessoa para melhorar a qualidade do serviço (...). Ela até me pediu, naquela época, para contactar a (...) [pessoa responsável pela prática]. Aí, por uma série de coisas, como valores, não foi possível naquele momento, porque o que a gente tinha de verba disponível não seria possível. Aí, a (...) [pessoa responsável pela prática] nos indicou a (...) [outra pessoa responsável pela prática] isso foi, acho, em 98 ...</p>	
3; 4; 5; 6; 7; 8		

Sujeitos	Limitações / Problemas	
	Continuidade	
	Fluxo	
1; 2		
3	<p>Os centros de fortalecimento, eu acho que a gente não tem claro ainda o fluxo. Então, pela proposta inicial de que a pessoa que tenha lá as suas dificuldades de mobilidade, problemas de locomoção, vai lá fazer um trabalho para se preparar para entrar no "Caminhando", a gente prevê aí quatro meses para ficar com aquela pessoa, mas talvez não. E com esse "talvez não", a gente vai fazer o que com essas pessoas? E quando ela sai, será que ela vai entrar para o "Caminhando"? Será que não foi apenas um processo curto, que acabou e a gente não deu a chance?</p>	
4; 5; 6; 7; 8		

Sujeitos	Limitações / Problemas
	Espaço / Material
1	
2	A gente pode até dizer, hoje, que tem mais procura pelo Yoga do que pelo Lian Gong. Até porque como o Yoga trabalha com as salas fechadas, acaba limitando o número de participantes. Nossas salas multiuso nos CESAS não são muito grandes; então, a gente atende no máximo 40-42 pessoas. Então, todos os locais têm lista de espera, todos os locais tem duas turmas cheias e mais uma lista de espera.
3	... falta a gente, primeiro, garantir um local para essas pessoas fazerem uma caminhada de uma forma adequada, por exemplo, se a gente tem uma pista adequada. Todo mundo tem essa pista? Às vezes é uma adaptação, a gente pega uma área melhor perto da Unidade de Saúde ou perto do local que as pessoas elegeram ... Mas será que ali é adequado? Será que não posso sofrer um acidente? Será que não tem nenhum problema na pista? Um buraco que ela possa se machucar? Então, falta ainda um pouco a gente ter esse olhar da preparação do local para as pessoas estarem fazendo.
4	
5	Eu até entendo a coisa da dificuldade que a gente tem do ônibus para passeio, a dificuldade do monitor...
6	
7	O local do alongamento é aberto, não tem cobertura, não tem nada; então, isso também inibe um pouco os funcionários.
8	... o espaço também. Às vezes a Unidade de Saúde ficava muito distante do espaço que era destinado à prática; aí também tinha dificuldade. Eu me lembro do João Ramalho, por exemplo, que nós tínhamos a Unidade, mas não tinham onde fazer. A Unidade ficava numa subida, numa ribanceira lá; aí nós arrumamos um espaço próximo da Avenida dos Estados, bem amplo. Era um grande estacionamento vazio que estava lá, não sei quantos anos para alugar e nunca alugava; então, começou a aumentar o número de participantes; depois, alugaram o espaço, o espaço do estacionamento se transformou... foi vendido e aí o grupo se dispersou naquele momento, até encontrar um novo local e tal (...). Quando você tem um parque bonito, próximo, com espaço, com a pista adequada, com serragem, leve, isso é ótimo. Aí só amplia. Agora nós tivemos casos também no Ana Maria, por exemplo, que era em volta de uma quadra, da praça que tinha buracos; teve gente que se machucou, se contundiu; aí a gente reclamou para o DEPAV, que é ou Departamento de Parques e Áreas Verdes, para melhorar a pista; quer dizer, que gerou um ato de cidadania. ... a partir do momento em que o espaço não era mais adequado, mas não houve a resistência das pessoas para fazer a atividade. (...) E por ironia, a Unidade de Saúde é que dava o parecer, porque para participar dessas academias era preciso uma avaliação do médico. Então, da Unidade de Saúde é que se encaminhava para essas academias. A Unidade ficava lá no Campestre, bairro da cidade de Santo André, um bairro nobre; então, as pessoas de mais idade que recebiam a autorização para usar a Unidade de fortalecimento, diziam - lá no Palmares, lá naquele fim de mundo, lá naquele lugar que a gente não sabe como chega - (...), quando elas viram o espaço e o tipo de equipamento que estava lá, hoje eu sei que o pessoal tem hora marcada lá, e o pessoal chega de carro, sai de carro e não tem mais o problema da favela do lado, porque ela sabe do equipamento, da qualidade dos profissionais que estão envolvidos na proposta, (...) estabeleceu até um novo olhar dos moradores do complexo do Palmares por causa desse equipamento que estava lá.

Sujeitos	Limitações / Problemas	
	Participação comunitária	
	Canal direto	
1	... a participação em termos (...) de discussão da política que está sendo desenvolvida, é precária. O que a gente percebe é que apesar dos inúmeros canais de participação, essa cultura de participação cidadã é precária ainda aqui em Santo André. Isso vale também para o "Caminhando para a Saúde" e para o CFM. As pessoas têm uma postura de aguardar o poder público para provê-las de serviços, mas o contrário, vir discutir o serviço, participar organicamente do serviço a gente não assiste ... Essa participação fica restrita muito ao número de pessoas.	
2	A gente não conseguiu hoje um canal de participação da população e isso sempre foi uma coisa que a gente se cobrou: como poderíamos melhorar a participação do município na gestão dos programas? Mas a gente não conseguiu.	
3; 4; 5; 6; 7; 8		

Sujeitos	Limitações / Problemas	
	Participação gestores e gerentes	
1	... me parece que a questão de fundo é um entendimento da Política de Saúde, uma coisa curativa, uma coisa só da doença, ou ao contrário, uma coisa que é a promoção da saúde via atividade física, via lazer. Então, por trás dessa posição dos gestores vem essa compreensão do que seria Saúde ...	
2; 3		
4	Então, como esses gestores vêem o "Caminhando"? Como mais uma coisa, entendeu? Não têm uma leitura real, uma leitura conceitual, não conseguem ter uma avaliação qualitativa - Ah! é bonitinho - e infelizmente é isso. (...) O jeito que você vai fazer está aqui, os princípios do projeto são esses, tem que ter um resultado ... O que você não pode fazer é boicotar o projeto, porque eu saber que você está boicotando - isso quando eu estava na gestão tá? - Eu vou saber que você está boicotando. Então, se é bonitinho tem que deixar fluir, porque se o projeto for bom, se ele se sustenta, como é o caso do "Caminhando", então, independente do encarregado daquela Unidade querer ou não o projeto, ele vai acontecer, porque o grupo é forte e esse coletivo acaba fazendo pressão em cima do encarregado (...). Imagine a (...) [encarregada de uma Unidade de Saúde] a me falar: olha, a partir de amanhã eu não quero mais esse projeto aqui, porque dá trabalho, tem muita gente, o pessoal enche muito a paciência, tem muito movimento ... Os caras vão linchar ela lá no meio do pátio, você entendeu? Isso que é legal. Até onde o gestor tem que ir: não boicotar e tem que dar as condições para o projeto seguir; se boicotar, a gente vai conversar e aí ele vai se solidificando mesmo, ele vai criando raízes e aí é qualquer um. Se a (...) [encarregada de uma Unidade de Saúde] sair daqui, estou usando a (...) [encarregada de uma Unidade de Saúde] como exemplo, mas se os encarregados dessas Unidades saírem na virada de gestão, o que é possível, o que chegar não consegue tirar o projeto.	
5; 6		

Sujeitos	Limitações / Problemas	
	Participação gestores e gerentes (continuação)	
7	<p>Isso aí é uma coisa que eu penso que não acontece pelo fato de eu não estar aqui, de não ter uma pessoa que assuma essa parte. Eu não posso dizer que eu posso assumir, porque no momento que eu chego na Unidade já tem três me esperando para conversar. Então, eu a acabo apagando fogo lá, apagando o fogo aqui, apago lá, apago lá, lá, e vou indo. Quando vou ver, já são 10h da manhã e o pessoal da Caminhada já se foi. Eu gostaria muito, muito mesmo, que tivesse uma pessoa que se comprometesse em fazer isso, uma pessoa da enfermagem e, se fosse melhor ainda, uma enfermeira que tivesse esse compromisso, só que não tem. Eu sou enfermeira, mas eu também sou encarregada; então, eu sinto falta disso.</p>	
8	<p>É fato que a onde a gente tinha a enfermeira do PSF, do Programa de Saúde da Família, ou enfermeira da Unidade envolvida, as coisas caminhavam melhor. Podia ter até uma resistência do médico, que não assinava o termo lá, ou não dava a palestra, mas se a enfermeira fazia (...); como já falei, o médico é importante: se ele faz a convocação, ótimo, ajuda, mas a continuidade do projeto depende mais da enfermeira que faz o monitoramento do que o médico que tem outros afazeres. Então isso fez a diferença (...). Era o momento mais interessante que tinha na proposta, era a Caminhada para a Saúde, era a hora que as senhoras chegavam às 7h da manhã, sete meia e estava lá a enfermeira para dar bom dia.</p>	

Sujeitos	Limitações / Problemas	
	Profissionais	
	Contratação	
1; 2; 3; 4		
5	<p>Eu vejo também que existe uma dificuldade nos profissionais. Eu não sei nas outras atividades, no Tai Chi, eu não sei como é lá no fortalecimento muscular, mas na "Caminhada" eu vejo dificuldade de um profissional. Nós temos duas; se tivessem dois monitores envolvidos, eu acho que, eu acho não, tenho certeza, que a coisa deslancharia muito mais (...). Uma outra coisa que eu acho é a presença dos Agentes, porque se for depender só do monitor, essa caminhada já não existiria mais. Porque eles conhecerem as pessoas, eu acho que acaba ficando mais fácil, acabam convidando, acabam mantendo a caminhada ativamente.</p>	
6; 7		
8	<p>O primeiro ano, eu me lembro que foi uma dificuldade: era como pagar, com quem fazer a parceria, não era praxe, o pessoal da Saúde não entendia, não sabia nem como lidar com isso – fala com o pessoal do Lazer como é que faz o contrato, como é que arruma esses profissionais. E foram jovens de Educação Física recém-formados, me parece também que tinha algum pessoal fazendo estágio que vinha junto e aí para esse público nós não tínhamos como lidar (...) Olha lá, em 2004, 2003-2004, a contratação foi feita numa seleção que nós fizemos em parceria com a Secretaria de Lazer, que conhecia bem mais desse campo e ainda era temporário; então estabelecemos uma verba para pagamento desses profissionais, com contrato temporário.</p>	

Sujeitos	Limitações / Problemas	
	Profissionais	
	Formação	
1; 2; 3; 4; 5		
6	Eu acho que o maior risco é você ter um monitor não orientado adequadamente; por exemplo, eu só vim pegar atento a isso quando veio a (...) [monitora da caminhada] para cá, que em uma caminhada, ela pegou uma paciente com extra-sístole. Hoje em dia, a gente sabe que não é todo o monitor, não é todo o educador físico que tem esse olhar. Ela tem essa percepção por causa da experiência anterior dela; então, eu acho que ao mesmo tempo em que é uma coisa boa, que pode proporcionar saúde, pode prejudicar o paciente, que pode ter uma hipertensão andando, ele pode puxar demais. Eu acho que o maior problema é o monitor não ser adequadamente, não sei se treinado ou preparado para desenvolver esse tipo de atividade. É diferente de você ser pessoal; é diferente de você estar numa academia, em que as pessoas são jovens e têm problemas mais amenos que uma pessoa que é sabidamente hipertensa, sabidamente diabética, que já tem patologias crônicas instaladas. Eu acho que o problema está aí: você não ter um monitor que esteja mais perceptível a esses problemas, como se caminhar fosse - "puxa, vamos andar, vamos andar, vamos andar" - não é por aí.	
7; 8		

Sujeitos	Limitações / Problemas	
	Co-responsabilidade	
1; 2; 3; 4; 5; 6		
7	De manhã, as meninas estão na coleta de exames de sangue. Infelizmente, a gente tem que dar prioridade para a população, porque estão em jejum. Então de manhã, eu não tenho como tirar duas funcionárias para fazer o alongamento e a Pausa Saudável. Se tiver fila em algum dos cantos e um paciente meio grosso ver isso, na certa vai ter reclamação, porque ele entende que elas estão “batendo papo”. Eles não vão entender porque que não se pode fazer o atendimento primeiro e depois ir lá. Infelizmente, a população daqui é muito complicada.	
8	Inicialmente, eu acho que nós tivemos problemas com alguns profissionais, porque entendem que isso é coisa do Lazer; a preocupação da Secretaria; aquela história que a gente fala muito em prevenção... Mas a gente, enquanto profissional da área, não estabelece quais são os tipos de prevenção que tem que ter. Então, eu lembro que tinham lugares que eram super aceitáveis; na Vila Palmares, a gente chegou até 100 pessoas num primeiro momento. No primeiro ano ainda, o grupo já se formava para ir visitar a exposição, fazer excursão e a exemplo de outros lugares, a dificuldade do profissional de estar lá, disponibilizado para fazer a recepção dessas pessoas para fazer a caminhada, para dar um pouco da ligação e dar um pouco da co-responsabilidade da Unidade nisso, isso no início.	

Sujeitos	Aspectos positivos
	Possibilidades e sustentabilidade
1	<p>... no que pese a gente já ter tentado fazer isso várias vezes, é criar novos vínculo com as pessoas que já participam do programa. A nossa dúvida é qual que é a motivação inicial das pessoas para participar desse programa. Se é buscar a atividade física, muito bem; agora, a partir disso a experiência nos mostra que isso só não segura a pessoa, não faz com que a pessoa se fixe à atividade física, ao nosso programa. Então, talvez a potencialidade é criar situações de sociabilidade, criar situações de lazer mesmo, de lazer no grupo, de maneira a fortalecer os vínculos, fortalecer os laços, de modo que a pessoa pratique atividade física com frequência, com prazer, enfim, nos seus grupos. Isso eu acho que vale tanto para o "Caminhando" quanto para o CFM.</p>
2	<p>Eu acho bem interessante, até porque pelo público que ele atinge, está bem dentro do que é a perspectiva da cidade quanto a população, porque se a gente for analisar, existe um envelhecimento da população. A taxa da terceira idade é a que mais cresce; os dados estão mostrando, já estão falando até de quarta idade. Eu acho que cada vez mais a gente percebe que esse público precisa ser atendido. Então, a gente, enquanto Departamento de Lazer e pela experiência que eu tinha na Prefeitura, a gente focava muito nas crianças, ficava muita recreação, atividade de lazer voltada para a criança, no máximo jovem e adolescente. E pelo que a gente percebe hoje, o público que mais cresce é a terceira idade. Então eu acho que não só pensando na questão da saúde - que isso é indiscutível, eu acho que melhora realmente a qualidade de vida das pessoas - mas na questão da sociabilidade também, que acho que essas atividades promovem para esse público da terceira idade. São vários aspectos que melhoram a qualidade de vida como um todo, não só no aspecto físico mais mental, psicológico e você percebe a disponibilidade, sabe, das pessoas da alegria que elas participam. A gente está focando num público que daqui para frente tem só a crescer na cidade. Acho que a gente trabalha para o futuro nesse sentido, com uma visão do futuro. Se a gente fica só pensando nas crianças, acho que a gente ia ficar com um público cada vez mais limitado; acho que a gente está trabalhando com uma visão para o futuro.</p>
3	<p>A gente trabalha como se fossem projetos, eu acho que deveriam virar um programa, um programa mesmo de governo nosso. Então, nós temos um programa, nós temos um coordenador aqui, entra e sai ano aquele programa está lá, ele tem suas várias faces e eu acho que isso tinha que ser um programa. Dentro da Unidade, que ela seja o ponto de encontro para se falar de saúde no sentido amplo, para que a pessoa não freqüente a Unidade porque tem que tomar vacina, porque tem que pesar o nenê ou porque agora sentiu uma dor e eu vou lá para ver o que é essa dor; que a Unidade não seja uma unidade de doença, mas de promoção da saúde. Ou seja, que ela vá porque ela tem um grupo ali, que ela pode freqüentar, porque a gente tem um grupo ou orientação nutricional; então, ela vai lá para preparar a dieta dela, porque ela é hipertensa, porque ela está acima do peso ... Então, ela tem que ver o Serviço de Saúde como um local para realmente discutir saúde.</p>

Sujeitos	Aspectos positivos	
	Possibilidades e sustentabilidade (continuação)	
4	<p>Uma das bases da sustentação é a integralidade (...), projetos como o "Bem Nascer" e o "Caminhando" se sustentarem. Um dos princípios é realmente a integralidade: se você tem integralidade em qualquer projeto, ele consegue se sustentar e a integralidade aliada ao baixo custo mesmo do projeto. Não precisa de grande material, não precisa de grande investimento, mas ele traz resultado e as pessoas sentem e o Sistema de Saúde sente. (...) Do jeito que o "Bem Nascer" foi concebido e o "Caminhando" foi concebido, isso há dez anos atrás e o "Caminhando" há quatro, ele não é como ele é hoje; é isso que dá o dinamismo, tem que modificar mesmo. Ele não pode é se desestruturar, de não ter os recursos mínimos necessários para continuar, porque aí é uma judiação, porque você mata o projeto. Mas se tiver os recursos mínimos necessários, ele vai mudando e ele vai se consolidando; isso que é interessante. Na medida em que ele consegue se consolidar, nunca pode acabar, porque ninguém consegue matar. Tira os recursos do "Bem Nascer", tira hoje os recursos e o financiamento do "Caminhando", vê o que acontece na cidade ... O pessoal vai falar com o Prefeito e vai mesmo, porque naquela época da mudança da gestão, que eu não conseguia dar nenhuma resposta, a única resposta que eu dava, era mais coerente possível naquela época - só acaba se você deixarem - era a resposta, não tinha outra resposta para dar - não, nós vamos continuar sem monitor, nós vamos falar com o S. João [Prefeito] e tal - O grupo, em diversos pontos da cidade, tinha essa fala, se mobilizava assim - nós não vamos deixar acabar, nós vamos falar com o Prefeito - e depois de três anos, onde a Unidade já sente um resultado prático do projeto e a população também, é muito mais difícil agora você não dar as condições mínimas para ele continuar. Eu acho que aí já é uma burrice política.</p>	
5	<p>... fazer propaganda e vender o peixe e a gente também pode ajudar, na medida em que a gente briga por monitora, briga por passeio e eu não sei, é que a gente acaba meio que não acreditando que as coisas possam acontecer; então, por exemplo, no Tai Chi ou alguma outra atividade aqui, a gente nem pede, porque não vem mesmo. Acho que está começando... Eu acho que a gente enquanto Unidade, os municípios, têm que gritar, alguém tem que ouvir lá do Departamento ou vocês, eu não sei. Eu acho que é uma sementinha; o "Caminhando", por exemplo, é uma sementinha, porque as outras pessoas na caminhada ficam sabendo de outras atividades que existem no Município e podem estar pedindo e aí a coisa vai crescendo e vai aumentando. (...) trazer mais as coisas para cá, para terem mais acesso, como a gente estava conversando aquele dia, o passeio para Santos; tem gente que nunca viu a praia, e olha o valor que isso deve ter para uma pessoa que nunca viu o mar, nunca pisou na areia, nunca entrou ali na água; então é assim, trazer mais possibilidades para as pessoas. Eu vejo como uma prioridade, porque entendendo práticas corporais não só como a atividade física, como musculação que a gente vai para academia fazer, como a caminhada, corrida... Mas eu vejo assim como um passeio no Zoológico, como uma atividade intelectual e afetiva. A gente não é só o orgânico, a gente não é só o corpo; então, eu acho fundamental (...); eu vejo que existem muitas dificuldades, primeiro que aqui no Município não é prioridade, fico até feliz, porque eu acho que nunca foi (...), mas a impressão que eu tenho é que nunca se investiu tanto nessa coisa de fortalecimento muscular aqui no CESA. A gente tem aqui dois grupos de caminhada; há quatro anos não tinha nada; então, eu acho que essa coisa está crescendo. O espaço que Santo André tem muitos parques legais; então, em pouco tempo a coisa deslanchou bastante.</p>	
6; 7		

Sujeitos	Aspectos positivos	
	Possibilidades e sustentabilidade (continuação)	
8	<p>Eu acho que foi super interessante a permanência dele, porque andou capengando para cá e para lá, e a gente conseguiu na mudança do governo (mesmo sendo o governo do PT, mas mudando a Secretaria); é uma nova equipe e você tem que estabelecer novas relações. Com a garantia de estar no orçamento, o próprio Ministério da Saúde do Governo Federal estabelece também uma nova preocupação com a questão do programa de hipertensos e coloca à prática da "Caminhada da Saúde". Quer dizer, se você tem o governo municipal convencido e você tem o governo federal que pode liberar mais verbas para o projeto, acho que isso tende a estabelecer como permanente (...) Também acho que para o futuro, deve-se pensar em ampliar esse projeto para os parques, enquanto pessoas que possam estar lá disponibilizadas para orientar quem está fazendo as caminhadas pela manhã, normalmente pela manhã, para que em vez de você fazer só da Saúde para o Lazer, fazer também do parque para Saúde. De repente, aquela pessoa não está sabendo que ela está correndo um risco e ela precisa passar numa Unidade de Saúde para fazer o monitoramento, ver o tipo de doença que ela pode estar sendo acometida.</p>	

Sujeitos	Aspectos positivos	
	Promoção da Saúde	
1; 2		
3	<p>A gente tem um conceito, que eu devo ter aprendido lá pela sexta ou sétima série, de que saúde é um bem-estar físico e mental e toda aquela coisa, e hoje a Saúde vai muito além de tudo isso que a gente viu até hoje. Ela depende de várias variáveis. Então, pensar hoje o Serviço de Saúde é pensar na promoção. Então, pensar atividade física, pensar a orientação da atividade, eu acho que é justamente pensar naquilo que a gente pode chamar de saúde, que é essa amplitude enorme que é saúde. Saúde é ter esgoto na rua, saúde é ter uma calçada boa, é ter um parque para gente praticar ... Então, é ampliar o conceito, como ele já é ampliado por si só. Eu acho que pensar na atividade física é justamente isso: é começar a caminhar para aquilo que é a Promoção da Saúde, que é o objetivo nosso.</p>	
4	<p>É uma conclusão bárbara de se chegar, porque significa que a promoção e a prevenção dão certo. É diferente de só dar assistência e só trabalhar a doença. Tem que trabalhar a questão da promoção, tem que promover a saúde; não é só cuidar daquilo que já estragou, que é o processo da doença; então eu tive esse retorno e foi muito legal.</p>	
5; 6; 7; 8		

Sujeitos	Aspectos positivos
	Resultado
1	O CFM criou uma situação interessante de promover a atividade física dessa maneira que as pessoas estão acostumadas, essa coisa de musculação e tudo mais; mas a gente conseguiu chamar a atenção para isso e relacionar isso com uma qualidade de vida melhor para a terceira idade.
2	
3	Eu acho que o fato do pertencimento, a pessoa ter um grupo que ela vai freqüentar, ela tem um grupo de pessoas que estão aguardando por ela naquele dia para fazer a caminhada e, então, tem a socialização, que eu acho que é importante. A questão da atividade física em si, os benefícios todos que ela vai proporcionar, eu acho que raramente alguém vai dizer que passei a fazer exercícios físicos e piorei a minha vida. Eu nunca ouvi isso. Então, ela tem como uma resposta positiva ...
4	Em Santo André, quais são os projetos que vocês consideram que atendam o princípio da integralidade - que é um dos princípios do SUS - onde atenda à questão do acesso e da Promoção da Saúde (...)? Ficaram dois: o "Bem nascer" e o "Caminhando para a Saúde" (...). Uma das coisas que o grupo me trouxe é que é um projeto muito sustentável, de baixo custo, que envolve as pessoas, e que ele é um projeto que faz com que a gente tenha possibilidade de perceber esse impacto do ponto de vista da assistência, da produção de cuidado da saúde, porque os idosos e as pessoas que freqüentam o "Caminhando", elas acessam menos a Unidade de Saúde com solicitação de consulta e exames. Diminuiu bastante, eles sentem isso, o grupo me trouxe há 15 dias atrás; quer dizer, eu tive uma avaliação qualitativa do projeto à distância, porque não foi uma Unidade, lá tinham representantes de 6 Unidades de Saúde. Todos foram unânimes em dizer, porque eles reconhecem que as pessoas acessam, procuram menos a Unidade em busca de consulta e exames (...) De que jeito as pessoas sentem? Porque conseguem perceber uma melhora na qualidade de vida, a pressão já não fica tão alta, a glicemia também já não sabe tanto; elas recebem a atenção que elas precisam na hora da caminhada, a orientação necessária para isso, e aí elas conseguem ver que existe um ganho real na vida, na qualidade da sua saúde e a Unidade percebe.
5	... eu também não vejo a alteração no peso, eu acho que é muito pouco, mas o que eu vejo é uma maior aderência ao tratamento medicamentoso, ao acompanhamento mesmo. Acho que de tanto a gente falar sobre o controle, as pessoas vão introjetando essa coisa que tem que tomar medicação, que tem que fazer dieta, que tem que fazer atividade física. A gente tem menos problemas com essas pessoas ou se elas têm algum problema, acho que elas resolvem melhor. Então, a gente tem uma interação muito melhor e maior com essas pessoas. Eu acho, também, que essa coisa do grupo é super importante. Aqui é uma área onde as residências são muito distantes uma das outras; então, elas acabam fazendo amizades e é um bom motivo para sair de casa. E ainda tem um dado, elas adoram festa, bingo e elas acabam sendo um pouco a nossa referência.
6	A caminhada reabilita a pessoa não só fisicamente, mas socialmente também; ela começa a fazer parte de um grupo.
7	
8	Acho que agora é um dos programas que têm uma ótima aceitação. Eu não estou mais na Secretaria de Saúde, mas vejo em alguns bairros a movimentação muito grande deste grupamento, do pessoal que se envolve tanto com a Saúde através do dado médico, da enfermeira que faz acompanhamento e o monitoramento, mas se envolve também com a área de Lazer dos nossos CESAS, dos nossos parques, a onde você vai fazer essa caminhada; acho isso muito importante (...) os relatórios que surgem a partir daí que vocês fizeram foram muito bons porque aí identificava - olha, a pessoa está aqui, está fazendo; ela diminuiu o consumo de medicamentos; ela melhorou o ritmo dela; ela não está fazendo só 500 metros, ela está fazendo mil e tantos.

Sujeitos	Aspectos positivos	
	Acesso	
1; 2		
3	No idoso principalmente, abrir um programa que você permita que o idoso tenha o local dele ali, que está esperando por ele, com um profissional especializado para orientar e fazer um exercício, que até então era um exercício de moçada ... Eu acho que esse cuidado com o idoso também faz parte da parte positiva.	
4	Em Santo André, quais são os projetos que vocês consideram que atendam o princípio da integralidade - que é um dos princípios do SUS - onde a atenda à questão do acesso e da Promoção da Saúde (...)? Ficaram dois: o "Bem nascer" e o "Caminhando para a Saúde" (...).	
5	aqui seria um espaço legal para isso	
6	... o que eu percebi foi que a preocupação dessa Secretária é melhorar o acesso à Saúde. E quando ela fala em acesso, ela não fala só em acesso à agenda de consulta ou de procedimentos, mas ela fala de acesso aos diversos modos de saúde; um deles é essa questão da caminhada.	
7; 8		

Sujeitos	Aspectos positivos	
	Vínculos	
1	Então, talvez a potencialidade é criar situações de sociabilidade, criar situações de lazer mesmo, de lazer no grupo, de maneira a fortalecer os vínculos, fortalecer os laços, de modo que a pessoa pratique atividade física com frequência, com prazer, enfim, nos seus grupos. Isso acho que vale tanto para o "Caminhando" quanto para o CFM.	
2		
3	Eu acho que o fato do pertencimento, a pessoa ter um grupo que ela vai frequentar, ela tem um grupo de pessoas que estão aguardando por ela naquele dia para fazer a caminhada e, então, tem a socialização que eu acho que é importante.	
4	Isso tem um ganho secundário, que é a questão da socialização: eles não só caminham juntos, eles fazem atividades de lazer em conjunto, porque isso na verdade é um trampolim para esses grupos se socializarem, se organizarem e fazerem outras atividades de lazer; aí envolve os passeios, as viagens, as visitas culturais. (...) O "Caminhando" é um dos projetos onde os grupos concordam, eles conseguem reconhecer no coletivo que houve ganho, isso que é o bacana, porque da mesma forma que os usuários reconhecem isso, a Unidade já começa a reconhecer que o usuário procura menos para consulta (...). O "Caminhando" deu sorte, porque foi significativo para aquelas pessoas (...); eles já tinham formado esse vínculo no coletivo - Não, aqui não vai acabar, se não tiver orientador – que era o monitor que orientava as caminhadas – a gente vai continuar caminhando, independente da Prefeitura pagar ou não um monitor, do projeto terminar ou não (...) O grupo considerou o projeto significativo para eles, para a vida deles, para a condição de saúde deles, para a qualidade de vida deles e tomou uma decisão no coletivo. Eles tinham já feito um vínculo, um vínculo de grupo.	

Sujeitos	Aspectos positivos
	Vínculos (continuação)
5	Então, tem que ter um grupo, tem que ter um espaço para você, para você cuidar da sua vida, da sua saúde, se não, eu acho que as pessoas não agüentam (...). Eu acho que as pessoas acabaram se vinculando muito mais (...). A gente conhece melhor as pessoas, porque elas estão aqui segunda, quarta e sexta de manhã; qualquer coisinha elas vêm procurar a gente e também a gente as conhece melhor (...); elas acabam sendo um pouco a nossa referência. Quando você tem que fazer um grupo, quem você pensa em chamar? A "Caminhada". Vai ter que vacinar os idosos, em quem você pensa? A "Caminhada". Então, eles acabam sendo o catalisador, até para divulgar alguma coisa, fala com o pessoal da "Caminhada". Eu vejo que o vínculo afetivo entre as pessoas é importante até para manter a caminhada.
6	O bom é o vínculo que essas pessoas fazem com a Unidade, mesmo não sendo o usuário da Unidade; elas se apropriam do espaço, do equipamento, elas reconhecem o Serviço Público de Saúde como uma opção, uma oferta mesmo que ela tenha o convênio particular (...). A Unidade não tem condição de sair e fazer o vínculo; a gente faz vínculo quando o usuário vem até a gente e não é com todos, porque não são todos que eu consigo abordar. Passam 500 pessoas nessa Unidade por dia mais ou menos e eu não consigo conversar com essas 500 pessoas. Você faz vínculo só com aquelas que têm problemas. É diferente do vínculo da monitora que tem aquele grupo, que mostra a Unidade; o grupo chama a gente e até surge a oportunidade de fazer um grupo gerontologia.
7	Nós temos a reunião técnica na última sexta-feira de cada mês, mas a partir do ano que vem eu estou pensando em pegar outro dia, vamos supor a última quinta-feira do mês. Aí a (...) [monitora da caminhada], que é funcionária daqui também, eu pediria para ela também estar participando. (...) Eu acho que a Pausa Saudável também vai levar um tempo, mas eu acho que elas [funcionários da Unidade], sentindo o benefício que vai trazer, eu vou conseguir que elas comecem a participar da Caminhada. É lento? É lento, mas eu estou pensando em ir por esse caminho, mudar a reunião para quinta-feira porque o (...) [monitora da caminhada] é funcionária, ela vai participar das reuniões junto com a gente, e assim, (...) "[monitora da caminhada] será que você poderia dar um alongamento mais tranquilo, já que todos os funcionários estão presentes?" E aos poucos, eu tenho certeza que cada uma vai percebendo que isso é benéfico. Está ficando difícil nas reuniões técnicas; então, eu vou começar a mandar os funcionários para participar do alongamento aqui na Unidade e aí eu começo a envolver. Quando era lá na Abolição e a Caminhada era no parque, eles vinham uma vez por mês só para pesar; então, a gente não tinha tanto contato. Hoje não. Hoje eles estão aqui na Unidade, terças e quintas. Eles entram e vão todos para o fundo fazer o alongamento e de lá eles saem; então, o contato é maior e isso facilita e facilita muito, principalmente para os pacientes que estão aqui aguardando uma coleta. Tem uns que vêm com a camiseta que já os identificam, é mais fácil para os pacientes e para nós também. (...) Para isso [fazer o mural], eu quero que os funcionários estejam nessas fotos, para mostrar essa Unidade à população. (...) Não estão aderindo, por isso que eu acho importante os próprios funcionários estarem participando, no sentido de animar (...). A proximidade com a população também melhora, melhora o vínculo com o paciente e através desse vínculo, a gente conhece realmente o paciente e os seus problemas.
8	O vínculo começa com 10 senhorinhas, com vinte pessoas, mas isso vai repercutindo dentro da comunidade; então, essa mesma pessoa que vai na Unidade Saúde, vai na igreja (...) então, ela começa a associar – bom, eu vou à igreja e o pessoal está fazendo um trabalho de preparação do corpo; eu vou na Unidade de Saúde e fala que não é só o remédio, que eu preciso caminhar, é preciso fazer alguma coisa para não ser sedentário – então, isso vai ampliando o número de pessoas preocupadas em fazer o exercício e amplia o número de pessoas fazendo exercício (...) se eu tenho um grupo de 50 a 100 pessoas que fazem a caminhada, essas pessoas virão; se você fizer uma festa junina, essas pessoas estarão participando; se você estabelecer que há um novo programa dentro da Saúde, de Medicina Alternativa, de Fitoterapia ou que seja, esse público vai estar mais próximo para dar continuidade a esses projetos, às vezes.

Sujeitos	Aspectos positivos	
	Participação comunitária	
	Canal direto	
1	... o Lian Gong, em algumas das Unidades de Saúde, é fruto da conquista do orçamento participativo. Então, em algumas Unidades de Saúde ... o Lian Gong só existe porque ele é objeto de conquista da comunidade organizada e de demandas aprovadas no orçamento participativo. Então, eu acho que isso já indica uma forma de participação diferenciada da população.	
2		
3	Acho que já tem grandes avanços ... Acho que você ter hoje uma gestão do Serviço de Saúde com uma participação popular, que a gente tem, isso já é um grande avanço ... Mas acho que a gente tinha ainda que avançar um pouquinho mais nesse sentido.	
4	... independente do encarregado daquela Unidade querer ou não o projeto, ele vai acontecer, porque o grupo é forte e esse coletivo acaba fazendo pressão em cima do encarregado (...).	
5; 6		
7	Os parques estão sendo melhorados cada vez mais. No Orçamento Participativo, a gente percebe que a população pede praças iluminadas, pede segurança, para que o pessoal possa fazer a caminhada. Então, a gente percebe que isso vai acabar entrando como, não digo como uma Política de Saúde, mas como uma necessidade.	
8	A gente fez a discussão com a população e com o pessoal que participa do Orçamento Participativo, para que eles cobrassem dentro do projeto da Prefeitura, de pensar o orçamento para o ano seguinte, a verba necessária para ficar permanente o “Caminhando para Saúde”; Então se estabeleceu aí um vínculo.	

Sujeitos	Aspectos positivos	
	Intersetorialidade	
1; 2		
3	Uma coisa que poderia ser boa, eu acho, que tem o seu lado positivo é a coisa do intersetorial. Não é só a Saúde, a gente tem uma outra Secretaria, Departamento enfim, envolvidos. Esse é o lado positivo, porque você não concentra, você não tem um foco só sobre qualquer problema que seja, não são só com as atividades físicas, você tem vários olhares (...). Eu acho que o que nós temos hoje, para essas duas atividades, é o nosso relacionamento com o Lazer e com a Secretaria de Educação, que é quem fornece para gente o local dos Centros de Fortalecimento. A Educação, ela forneceu o local, ela ajuda de alguma forma a organizar, porque os funcionários do CESA é que vão nos ajudar de alguma forma; então, também tem a sua participação importante, mas eu acho que, fundamentalmente, quem realmente dá o norte é o Departamento de Lazer, que é o que tem a possibilidade de estar contratando profissionais, no sentido de conhecer as pessoas especializadas, tem um olhar para fazer uma capacitação e para saber se aquele profissional tem o perfil da atividade que a gente quer. Então, é extremamente importante que se tenha essa interface com o Lazer. Não sei se na Secretaria de Saúde a gente faria essas contratações, que pudessem dar o atendimento que tem hoje, se a gente teria essa condição, essa competência ... Então, eu acho que é fundamental estar ligado com o Lazer, o pessoal do Esporte e Lazer.	
4; 5; 6; 7; 8		

Sujeitos	Aspectos positivos	
	Diversidade das práticas	
1		
2	Quando a gente entrou com outras práticas, o Yoga principalmente, diminuiu um pouco essa demanda do Lian Gong. O que aconteceu? Como a sequência do Lian Gong é mais ou menos a mesma, são exercícios que se repetem, essa coisa toda e as pessoas já conheciam, então, quando apareceu o Yoga, aconteceu uma grande migração para o Yoga e hoje está bem equilibrado. A gente pode até dizer, hoje, que tem mais procura pelo Yoga do que pelo Lian Gong; não tem a mesma procura que tem o Yoga hoje, como já teve com o Lian Gong em outro momento. Essa questão do Lian Gong foi meio preocupante. Conversando com a professora, a gente pensou no que a gente poderia fazer, não para melhorar o atendimento, mas diversificar um pouco, para não ficar uma coisa muito repetitiva. Foi aí quando a gente pensou em introduzir as danças circulares ...	
3; 4; 5; 6; 7; 8		

Sujeitos	Aspectos positivos	
	Integralidade	
1; 2; 3		
4	Então, a gente fala muito do SUS no processo "saúde-doença" e a gente fala muito da questão da integralidade (...); a gente tem um foco, mas qual que é esse foco? Que essas pessoas tenham instrumentos para poder trabalhar as questões relacionadas à área da Saúde da população, promoção, prevenção e assistência, de uma forma bastante organizada e segura. (...) Uma das bases da sustentação é a integralidade (...), que é um dos princípios do SUS (...). Isso tem um ganho secundário, que é a questão da socialização: eles não só caminham juntos, eles fazem atividades de lazer em conjunto, porque isso na verdade é um trampolim para esses grupos se socializarem, se organizarem e fazerem outras atividades de lazer; aí envolve os passeios, as viagens, as visitas culturais (...). Quando a gente fala em projeto de promoção e prevenção, na questão do lazer, na questão das atividades físicas mesmo, a gente nunca pode esquecer que a pessoa é um todo, ela tem que ser ouvida, isso tem que ser significativo para aquela população. (...) Com a educação permanente, a gente está investindo muito nisso, de fazer essa reflexão, de tornar o serviço (entre aspas) sem vida, em serviços vivos e só assim a gente consegue fazer uma malha mesmo de atenção em saúde, de cuidado em saúde, uma malha que não tem interrupção. Então, vai para a Unidade, se precisar vem para cá e daqui, se precisar de internação, vai para o CHM. Isso é dar uma atenção, é produzir um cuidado integral. É claro que a promoção é a prevenção. Aí entra muito a atividade corporal: ela nunca pode não fazer parte dessa malha de cuidados; ela tem que fazer parte dessa malha de cuidados, porque isso que vai ser o equilíbrio do sistema, porque quanto menos gente doente, do ponto de vista do financiamento, vai se gastar menos, é uma questão só matemática, de equacionar isso. Quando você fala de malha ininterrupta, de atenção à Saúde, não é só a atenção básica, especialidade, o pronto atendimento, um hospital, a promoção e a prevenção têm que vir junto e aí a questão da atividade corporal tem que vir junto com essa prática, porque é o que vai dar o equilíbrio do sistema, o equilíbrio do ponto de vista financeiro ... Eu acho que tem que pensar nisso, é a promoção mesmo da qualidade de vida, a promoção da Saúde.	
5; 6;		

Sujeitos	Aspectos positivos
	Integralidade (continuação)
7	Eu bato nessa tecla, porque existem alguns pacientes que a gente sabe que participam da Caminhada, sabe que vêm uma vez por mês para verificar a pressão, fazer o peso, controlar o destro e tudo... Mas e daí? Só fica nisso? Como é que é, por exemplo, a alimentação desse paciente? Será que ele está com uma alimentação adequada para tentar manter uma vida saudável e prolongar essa vida saudável? O que eu acho que falta da minha parte, como encarregada da Unidade, é isso. A (...) [monitora da caminhada] vem aqui fazer o peso, ela verifica a circunferência abdominal; as meninas verificam a PA; mas aí eu acho que falta uma complementação por parte da Unidade, não sei se é da minha parte como enfermeira ou da parte do médico como médico, como profissional da área da Saúde, mas eu acho que falta alguma coisa para complementar. Porque eles verificam a pressão, verificam o destro e” tchau gente, até o mês que vem”. Será que a gente não consegue juntar alguma coisa a mais com isso? Não só em relação ao pessoal que faz a Caminhada, mas em relação a tudo aqui não Unidade.
8	

Sujeitos	Política Nacional de Promoção da Saúde
	Conhecimento
1	Eu não conheço a fundo a Política Nacional de Promoção da Saúde não. O que eu tenho percebido é que essa política procura fugir desse paradigma da medicina curativa, do entendimento da saúde enquanto doença, mas eu não saberia te dizer, traçar um conteúdo dessa política.
2	Quando você falou da Política Nacional de Promoção da Saúde, eu acredito, apesar de não conhecer, que existe um senso comum, a questão da prevenção da doença é trabalhar no sentido de você não levar o indivíduo... não é tratar da doença e assim melhorar ... fazer com que ele tenha saúde ... Até porque o Serviço Público de Saúde tá né ... eu percebo que na Saúde tem muito essa preocupação, porque eles não conseguem atingir a demanda. Se eles puderem evitar com todas essas atividades preventivas, para ele será bem melhor; com certeza vai desafogar ...
3	Eu já li alguma coisa.
4	Não, na verdade eu nem sabia que existia. Porque intrinsecamente ele está, ela é uma das coisas que as pessoas precisam fazer, isso aí está, na verdade, assim ... Se ela existe, você está falando que ela existe e eu acredito em você. Gente, é uma total incoerência existir uma Política Nacional de Promoção da Saúde, é a mesma coisa do que falar para um padeiro da padaria - olha, você tem que fazer pão. É uma coisa estranha de ouvir, é uma coisa para mim incoerente, engraçada, me soa como incoerente.
5	
6	Não profundamente.
7	Eu conheço um pouco (...) (PNPS) Fica no papel
8	

Sujeitos	Política Nacional de Promoção da Saúde
	Ações da rede básica
1	Não saberia dizer também, não tenho conhecimento ... Eu também desconheço. Até onde eu sei, o trabalho de atividade física que acontece na Secretaria de Saúde, ele é baseado de maneira permanente nesses dois programas. [Caminhando para a Saúde e CFM"]
2	Na verdade, existem vários setores da Prefeitura que desenvolvem atividades físicas; por exemplo, em alguns momentos tem assessoria da terceira idade, que tinha uma caminhada com uma professora na Chácara, que dava a atividade física ... O Esporte tem atividade voltada para esse público, que é o "Bate Coração" e nós temos atividades ...
3	Da rede de Saúde, eu citei no começo o Lian Gong, mas eu não acompanho. Eu não sei como funciona, como as pessoas se organizam ... E outras práticas para a atividade física eu desconheço.
4	Olha, tem o "Caminhando", tem aqui o "Centro de Fortalecimento Muscular", que estão funcionando, mas eu não tenho nenhum retorno desses centros, na rede de urgência; a gente começou há três anos a prática de Lian Gong e de ginástica laboral nos Serviços de Urgência (...). Desde 2005, a gente tem a ginástica laboral, mas é para os trabalhadores, duas vezes por semana em todos os PAs, o PA Luzita, o PA Gangú e o PA Central. Então, tem um professor de Educação Física que ficou durante dois anos fazendo ginástica laboral e tem uma Terapeuta Corporal que também desenvolve o Lian Gong; então, são atividades corporais mais ligadas à área de relaxamento mesmo, a questão das LERS.
5	Não me lembro. Eu sei que uma Unidade tinha auto-massagem, uma Unidade até que eu trabalhava, Palmares, fui eu que levei, mas eu não me lembro de outras coisas. Não é que eu não me lembro, eu não sei. Talvez a educação faça alguma coisa, até para funcionários, não sei. A Saúde não tem ginástica laboral? Acho que tem, mas eu não sei de mais. Tai chi. Começou com Tai Chi ou começou com ginástica laboral e passou para Tai Chi, uma coisa assim...
6	Houve uma época em que algumas pessoas foram capacitadas, posso até está falando besteira, para Lian Gong ou alguma coisa assim; não eram pessoas educadoras físicas.
7	Dentro das Unidades de Saúde, a gente tem o Programa da Pausa Saudável, mas eu não sei se são em todas as Unidades. Aqui no PA Bangu, todas as quartas-feiras tem a prática do Lian Gong. (...) Tem a prática da atividade física, do fortalecimento muscular...
8	

Sujeitos	Política Nacional de Promoção da Saúde
	Ações de aconselhamento e divulgação
1	Campanhas voltadas para isso eu não saberia te dizer; sei que existem ações de comunicação que trabalham com essa questão da atividade física na Saúde, mas eu não saberia te dizer se existem além dessas campanhas programas permanentes como o "Caminhando" e o CFM, que trabalham com a população com frequência; mas que existem campanhas de comunicação sobretudo isso, existem.

Sujeitos	Política Nacional de Promoção da Saúde	
	Ações de aconselhamento e divulgação (continuação)	
2	<p>a gente só tem o material de divulgação mais básico possível. A gente divulga na agenda, nas Unidades de Saúde e pelos próprios funcionários. A gente não tem um plano de divulgação específico, no sentido de estar informando, tipo um informativo. Acho que isso também é uma coisa que seria interessante, um esclarecimento ao público seria bem importante para gente até aumentar a procura. Acho que muita gente até nem participa por não ter conhecimento de determinado serviço. (...) os nossos programas, eles têm dois momentos: têm as aulas e têm os eventos que a gente realiza não só para difundir a atividade e atingir novos públicos, mas fazer um encontro, um intercâmbio entre os grupos (...). São nesses momentos que a gente ganha novos adeptos, outras pessoas para participar. A gente sempre leva nesses eventos, um folheto para distribuir, com os locais e horários das atividades que estão sendo oferecidas, e também chama atenção na locução, para que as pessoas passem a conhecer. São nesses momentos que a gente ganha novos adeptos, outras pessoas para participar (...) Agora a gente vai disponibilizar nos parques um banner com a programação (...) com todas atividades que são oferecidas, os horários, locais, direitinho e o telefone do departamento para a pessoa poder entrar em contato. A gente tem um retorno grande por exemplo da agenda e a gente tem conseguido umas matérias boas na revista da COOPE, que tem uma grande circulação no ABC.</p>	
3	<p>Com relação aos Centros de Fortalecimento, quando eles foram implantados, na fase inicial, quando a gente estava se adaptando ainda, foi feita uma reunião com os médicos. A gente tem reuniões periódicas com os profissionais ... Na época, você já estava coordenando e você foi lá apresentar o programa, para formar a opinião do médico (...) Já o "Caminhando para a Saúde", ele ficou mais atrelado ao encarregado e ao profissional de enfermagem, porque esse profissional, em algum momento, também está envolvido com essas pessoas; a pessoa terá momentos para medir a sua pressão arterial. Então, ele acabou ficando mais voltado para esses profissionais. Eu acho que esses profissionais têm um relacionamento diferente com o usuário; eles conquistam mais, eles conseguem conversar, entender muito melhor essas pessoas e o "Caminhando" ficou ligado a esses profissionais. Eu acho que teve, então, uma penetração maior, até porque é muito mais tranquilo, está perto da Unidade e está perto da casa da pessoa. No começo, a gente tinha o boné e a camiseta; então, você identificava a pessoa que levava literalmente no peito o programa, colocava o bonezinho. Qualquer projeto que você dê um material a mais, eu acho que traz mais interesse. Então, eu acho que esse foi um grande fator: todo mundo vai com a mesma roupa - olha que legal, eu vou também - . Então, eu acho que isso conseguiu reunir mais pessoas (...). Como é que eu vou convencer o usuário de que é bom? Eu acho que é pegando pela questão da atividade física, dos benefícios da atividade física para as pessoas. Então, eu acho que você pegando, e com essa mídia que você está bombardeando todos dias, que tem que fazer esporte, que tem que fazer atividade física, que tem que se cuidar ... eu acho que a mídia, por si só, ela já é a promoção e se você vai na Unidade onde você está buscando um tratamento e alguém te fala – olha, aqui a gente também tem - eu acho que esse já é o convencimento.</p>	
4	<p>Eu não sei como eles fazem esse tipo de abordagem com população. Eu não sei nas Unidades, o que eu sei é que a Secretaria da Saúde está investindo muito nessa questão; isso é um dos objetivos desse trabalho com a ENSP/FIOCRUZ, para dar ferramenta para esse trabalhador da Saúde abrir um pouco mais esse canal de comunicação entre o trabalhador, Serviço de Saúde e população (...). A gente está focando muito isso, abrir esse canal de comunicação, abrir a escuta, trabalhar o aconselhamento, se aproximar dessa população, se aproximar dos problemas; então, todo o conteúdo é em cima disso. A gente está investindo muito nisso, do ponto de vista de realmente fazer as provocações para esse grupo de trabalhadores, refletir junto, refletir a práticas que eles têm sentido, fazer essas reflexões em cima do que é a prática ideal, porque se não a gente trabalha na banalização mesmo (...), que eu acho que dá brilho no olho de qualquer gestor e de quem defende a Saúde Pública e eu sou uma das defensoras da Saúde Pública, é sentir o serviço ser vivo, não é morto.</p>	
5		
6	Não tenho conhecimento.	

Sujeitos	Política Nacional de Promoção da Saúde
	Ações de aconselhamento e divulgação (continuação)
7	<p>O aconselhamento, infelizmente, é boca a boca, tanto do pediatra, quanto do clínico, quanto do ginecologista. Eu peço para estarem caminhando, porque quando o médico fala parece que é lei, principalmente a clínica da manhã, ela encaminha bastante. (...) Agora, o aconselhamento que a gente está procurando fazer é quando o paciente vem e reclama que está demorando muito a consulta com o endócrino, com o cardiologista, está demorando isso, está demorando aquilo; então a gente aproveita e pergunta: mas para que o senhor está precisando de um endócrino? Por que um cardiologista? A gente tenta pegar por aí. Tem paciente que vem aqui só para verificar a pressão e o destro - Por que o senhor está verificando a pressão? Por que está verificando destro? Vamos participar da Caminhada e vamos ver se o senhor consegue estabilizar essa pressão, estabilizar essa diabete. Pessoas que a gente sabe que vêm na Unidade só para verificar a pressão, não têm problema nenhum, mas vêm por uma questão de solidão. Eu estou tentando fazer um boletim informativo para estar chamando a população para o Caminhando para Saúde e para uma alimentação saudável. Eu preciso ter algum jeito de fazer algum painel para mostrar isso, divulgar isso para as pessoas que não sabem que tem a Caminhada. Eu não sei se vou poder fazer dessa maneira, mas a minha intenção é colocar na parede em frente da farmácia um painel de tudo o que é saudável. Aí sim, colocar a foto do pessoal que está fazendo a caminhada, foto do pessoal que está fazendo o alongamento. Para isso, eu quero que os funcionários estejam nessas fotos, para mostrar essa Unidade à população.</p>
8	<p>Conclusão: se você amplia o Programa de Saúde da Família, você vai ampliar também o número de pessoas que vai participar do programa "Caminhando para Saúde", porque a partir do momento que você faz uma busca maior da população, das necessidades que ela tem, você descobre mais hipertensos, você descobre mais idosos que estão em casa, mais pessoas que precisariam fazer a caminhada e não estão sabendo que existe, porque a área da Saúde não tem eco, como tem o equipamento CESA, por exemplo, que tem a quadra, que tem a pista, que tem as aulas de Yoga, isso está mais vinculado ao equipamento de lazer, ao equipamento da Secretaria de Educação que nós criamos (...); então, quando você tem o Programa Saúde da Família junto com a unidade, aí você está constantemente visitando outras pessoas, fazendo isso como missão da Unidade, não só esperar a pessoa vir na Unidade, mas você ir até as pessoas, cadastrado essas pessoas no Programa Saúde da Família e você consegue ter mais clareza de quem pode participar desse programa. Você tem os Agentes de Saúde fazendo a comunicação por toda a população, nas suas áreas de ação, para que venham participar do "Caminhando para Saúde".</p>

Sujeitos	Política Nacional de Promoção da Saúde
	Ações de intersetorialidade e mobilização de parceiros
1	<p>Especificamente com a Saúde, as ações que acontecem além dessas já ditas, do "Caminhando", do CFM, nós organizamos já uma feira de qualidade de vida; em alguns momentos, a gente participa de campanhas de vacinação via expresso lazer. Então, pelo que eu me lembre aqui, são coisas desse tipo que acontecem, de mobilização nos bairros. Tem o projeto da Prefeitura chamado "Bairro Limpo", em que vários setores da Prefeitura participam conjuntamente. Existe uma busca constante de ações conjuntas que nem sempre elas alcançam a organicidade que a gente espera, mas como eu disse, é uma busca, uma prática social e de construção.</p>

Sujeitos	Política Nacional de Promoção da Saúde	
	Ações de intersectorialidade e mobilização de parceiros (continuação)	
2	<p>Na verdade, existem vários setores da Prefeitura que desenvolvem atividades físicas; por exemplo, em alguns momentos tem assessoria da terceira idade, que tinha uma caminhada com uma professora na Chácara, que dava a atividade física ... O Esporte tem atividade voltada para esse público, que é o "Bate Coração" e nós temos atividades ... Agora, o que eu percebo é que esses serviços poderiam estar interligados ou coordenados de uma maneira tal, que seria para otimizar e na verdade, eles perdem nesse sentido. Na maneira como eles são gerenciados isoladamente, eles acabam perdendo, se diluem, não atingem o público que poderiam atingir ... Enquanto Departamento, eu acho que a gente não tem poder de remar contra essa maré, porque é uma estrutura maior, uma coisa mais macro. Na prática, a gente percebe que quem perde com isso é a população, porque são recursos que acabam sendo diluídos, e se fossem otimizados eu acho que daria um resultado maior, atingiriam um público maior. Não sei, é a minha opinião.</p>	
3		
4	<p>A Prefeitura de Santo André, nesse ano, fez convênio com a ENSP - Escola Nacional de Saúde Pública e a FIOCRUZ para desenvolver todo um processo de um curso de facilitadores de educação permanente, que é um projeto do Ministério da Gestão do Trabalho. Eu sou tutora desse projeto e a cidade tem 10 tutores. Cada tutor recebe treinamento específico e cuida de 20 facilitadores, que são vinte funcionários da rede de Saúde de Santo André. Esse curso de educação permanente é um curso à distância; então, todos os conteúdos a gente trabalha pela Internet, em um ambiente virtual que a gente chama de AVA. Aí o que acontece? Esse grupo se encontra, sou tutora/orientadora desse grupo de vinte pessoas, e é muito heterogêneo; então, tem representantes de todos os segmentos, de todas as áreas da Saúde. Então, tem do hospital, no meu grupo, tem gente da Unidade Básica de Saúde, gente do gabinete ... Então, é assim: é um grupo heterogêneo que dá muita riqueza na discussão. E um dos módulos que a gente está trabalhando é o módulo da gestão no contexto da Saúde (...) que elas são pouco utilizadas, existem potencialidades e às vezes a potencialidade é focada nas pessoas (...); tem determinada pessoa que naquele Departamento é a pessoa de cabeça aberta, que tem mais condição de escutar, de discutir um projeto, que não olha só o seu próprio umbigo; então, sai um trabalho legal. Mas a gente que trabalha na Prefeitura é assim: a gente está aqui e amanhã a gente está lá. A gestão é muito focada nas pessoas aqui em Santo André, eu acho; não é uma política. Então, essa questão da intersectorialidade acaba sendo prejudicada aí, porque não existe a política, existe a pessoa. Se a pessoa não está, não acontece e é ruim isso.</p>	
5		
6	<p>Acho muito difícil [apontar alguma ação de intersectorialidade]. Ainda imperam os médicos e as enfermeiras. Por exemplo, eu preciso de uma Assistente Social, mas hoje eu tenho uma Educadora Física que consegue conversar com o médico. Ainda está um pouco engatinhando...</p>	
7	<p>... eu acho que essa dificuldade não é só aqui comigo; eu acho que são em todos os setores. Então, eu acho que o pessoal tenta fazer de acordo com o que dá.</p>	
8	<p>Já teve casos que eu acho que foi muito legal; no caso, ações que a gente pode chamar de mutirão, ou eu lembro da caminhada, que foi feita no dia do Agito, que aí todas as equipes vieram fazer uma caminhada do centro até o SECS. Então, isso mostra um envolvimento; eu acredito também que teve também um movimento no Parque Central, promovido pela Secretaria de Educação, que trouxe também essas equipes do Caminhando para Saúde para participar. Então, são esses momentos que eu vejo como intersectorialidade.</p>	

Sujeitos	Política Nacional de Promoção da Saúde	
	Ações de monitoramento	
1	A avaliação, ela fica no primeiro momento como responsabilidade imediata do agente que está em contato com a comunidade, com o instrutor das Práticas Orientais, com o professor de Educação Física, com o instrutor do CFM (...). A partir dessa primeira análise, existe uma coordenação do departamento, existe uma gerência, que é responsável por essa prática, que se reúne com os profissionais, que se reúne com o consultor e por meio de reuniões e de processos de avaliação, tentam buscar novas maneiras de desenvolver essas ações, por meio da análise das mesmas.	
2	A gente faz um acompanhamento meio que estatístico, de números, de problemas, mas não é um acompanhamento técnico não. A gente não tem gerência técnica; o máximo que acontece é que se você tem algum tipo de questionamento dos participantes, a gente tenta conversar até para entender o que está acontecendo. Mas é assim. Não tem ninguém na equipe que tenha conhecimentos sobre as atividades, a ponto de chegar e estar fazendo uma discussão técnica; isso não tem.	
3	Tem ações de avaliação, se você pegar os relatórios. Quando a gente solicita, você passa os relatórios, mas a gente não tem uma metodologia para coletar os resultados.	
4	... mas não tem avaliação ...	
5; 6		
7	É uma avaliação minha, mas na conversa de corredor, a clínica da manhã sempre fala para mim - olha, o pessoal do Caminhando está legal, eles estão controlando bem. A proximidade com a população também melhora, melhora o vínculo com o paciente e através desse vínculo, a gente conhece realmente o paciente e os seus problemas.	
8	Nossos CESAs aqui de Santo André que, num primeiro momento, são dez hoje, mas no primeiro momento, estava tendo dificuldade, horas vagas dentro do equipamento, porque não tinha interesse. Hoje o número de pessoas que passam pelo CESAs é muito grande, parece que há um movimento de mais de 50.000 pessoas por mês nos nossos equipamentos. Então, isso é sinal de que a política de prática de caminhada ou de Lian Gong ou a própria questão que depois nós colocamos aqui, que eram as academias da terceira idade; isso é sinal de que a coisa está dando certo. O governo público que investe dinheiro naquilo que não está acontecendo, ou naquilo que não está rendendo, está fazendo uso irregular da verba; há uma responsabilidade do governo de investir naquilo que efetivamente dê retorno. E aí, embora eu não saiba os números hoje das Unidades da cidade, eu estou na Secretaria de Governo não estou mais na Secretaria de Saúde, o que eu vejo é que o projeto está “bombando”.	

Sujeitos	Outros temas	
	Atividade Física X Práticas Corporais	
1	O CFM criou uma situação interessante de promover a atividade física dessa maneira que as pessoas estão acostumadas, essa coisa de musculação e tudo mais; mas a gente conseguiu chamar a atenção para isso e relacionar isso com uma qualidade de vida melhor para a terceira idade.	
2	... tem horas que a gente pensa que a dança de salão não estaria dentro desse projeto "Lazer e Saúde", já que trabalha com atividade física. Essa coisa toda é controversa: tem gente acha que sim e outras pessoas acham que não, que é mais uma atividade de lazer mesmo. Aí eu não sei qual é o seu enfoque ...	

Sujeitos	Outros temas
	Atividade Física X Práticas Corporais (continuação)
3	Esses monitores vão fazer uma atividade semanal, duas vezes por semana ou três vezes por semana. Nesses encontros, primeiro eles vão fazer a sua atividade inicial, o seu aquecimento, suas orientações e depois eles vão para as caminhadas. Então, esse é o projeto do "Caminhando para a Saúde" (...): preparar as pessoas que têm uma vida sedentária, que têm suas dificuldades de locomoção; prepará-las para que elas possam participar de outras atividades de lazer ou de atividades físicas que a gente pode disponibilizar, por exemplo o "Caminhando". Acho que esse é o nosso foco principal.
4	... é deixando esses atores, dando as condições de retaguarda, porque envolve a produção de cuidado, isso é o nosso dever: ter o médico, ter vacina, ter remédio, ter o exame, isso é nosso dever enquanto Estado, leia-se Município. Esse é nosso dever, mas a questão da promoção e prevenção, tem que ser criativa, você tem que sentir essa população e aí é que está (...)
5	entendendo Práticas Corporais não só como a atividade física, como musculação que a gente vai para academia fazer, como a caminhada, corrida...Mas eu vejo assim como um passeio no Zoológico como uma atividade intelectual e afetiva. A gente não é só o orgânico a gente não é só o corpo...
6	... pode prejudicar o paciente, que pode ter uma hipertensão andando, ele pode puxar demais. Eu acho que o maior problema é o monitor não ser adequadamente, não sei se, treinado ou preparado para desenvolver esse tipo de atividade. É diferente de você ser personal; é diferente de você estar numa academia, em que as pessoas são jovens e têm problemas mais amenos que uma pessoa que é sabidamente hipertensa, sabidamente diabética, que já tem patologias crônicas instaladas. Eu acho que o problema está aí: você não ter um monitor que esteja mais perceptível a esses problemas, como se caminhar fosse - "puxa, vamos andar, vamos andar, vamos andar" - não é por aí (...). De repente, se você pega um grupo de monitores e vem aqui com a (...) [monitora da caminhada] para ela ensinar o olhar, treinar, mostrar o que é uma extra-sístole, o que é uma arritmia, qual foi a experiência dela nessa Unidade com relação a conversa com clínico, como ela conseguiu esse tipo de relacionamento, a experiência dela; então, isso é o que eu acho que falta, para adquirir mais confiabilidade mesmo.
7	... a (...) [monitora da caminhada] é funcionária, ela vai participar das reuniões junto com a gente, e assim, "(...) [monitora da caminhada] será que você poderia dar um alongamento mais tranquilo, já que todos os funcionários estão presentes?" E aos poucos, eu tenho certeza que cada uma vai percebendo que isso é benéfico. Está ficando difícil nas reuniões técnicas; então, eu vou começar a mandar os funcionários para participar do alongamento aqui na Unidade e aí eu começo a envolver. (...) o senhor tem que ter o ritmo do senhor, não precisa fazer a caminhada de acordo com o que todo mundo faz, caminhe no seu ritmo (...) Eu peço para estarem caminhando, porque quando o médico fala parece que é lei, principalmente a clínica da manhã, ela encaminha bastante (...) A prática de atividades físicas com a intenção de promover a Saúde no Japão vem desde a infância e aqui não é bem assim. Eu vejo isso pelos meus filhos, para o meu caçula, a Educação Física é um peso, é como se fosse uma prova de Matemática. Como colocar essa prática para os alunos entenderem que é necessário? É como se fosse uma matéria a mais e na verdade não é uma matéria mais Por isso que a gente está com tanta criança obesa na cidade. Então, a gente tem que pensar por aí, só que a gente não faz, nós não fazemos isso. Talvez até alguém lá do Ministério tenha pensado nisso, mas isso não é colocado nas escolas como uma educação para uma vida saudável; isso é colocado simplesmente como a prática de atividade física, como se fosse currículo, matéria. Qual é o preparo que essa criança tem para exercer uma atividade física? Nenhum. Hoje a gente vê nas escolas, por exemplo, quando a gente pergunta: o que você fez hoje? - eu joguei bola. Pelo que eu entendo, jogar bola não é uma prática de atividade física, isso aí é um esporte. Como é que a pessoa está jogando isso? Então eu não vejo nada mesmo e se nós dentro da Saúde tivéssemos um pouquinho mais de preocupação com relação a isso, eu acho que obrigatoriamente a gente faria a Pausa Saudável.
8	

Sujeitos	Outros temas	
	Organização (Sistema de saúde)	
	Desenho organizativo	
1; 2; 3		
4	<p>A gente trabalha como um modelo, Modelo de Atenção à Saúde. O que é o modelo? É uma coisa já pronta (...); modelo são normas e regras, você fazer isso, aquilo e aquilo tal, tal, tal; a gente tira toda a capacidade da Unidade de Saúde, da rede, de ser criativa. Então, hoje a gente não discute mais modelo, na visão do SUS, a questão da gestão do SUS; a gente está falando de desenhos organizativos da Saúde e cada um tem o seu. Então, por exemplo, nós temos uma rede de Unidades de Saúde que eu não sei nem quantas Unidades tem, mas eu imagino que são umas trinta vai, uns trinta Serviços de Saúde. Não dá para implantar um modelo nessas trinta [Unidades], cada um vai ter que achar o seu caminho, e a gente vai ter que dar ferramentas, elementos, subsídios e apoio para que aquela Unidade faça o seu próprio desenho organizativo de Saúde. É claro que tem alguns quesitos básicos, que a gente tem de prover: a questão dos exames por imagens, a análise de laboratórios ..., tudo isso sim, eu acho que a gente tem que dar conta, mas como essa Unidade vai acessar a população e envolver essa população, aí é um desenho organizativo (...) Não existe modelo, nós estamos tentando derrubar a tese do modelo; agora é desenho organizativo. Lá na Gerência I pode ser uma estrelinha, aqui pode ser um sol; é o desenho de acordo com a população que acessa aquele serviço. Acho que é isso. A gente, enquanto gestão municipal mesmo, a gente tem que promover essas coisas, dar assistência, dar recurso, dar condição melhor possível, na medida do possível, mas na questão da promoção e prevenção tem que ser muito ligada às características daquela população.</p>	
5; 6; 7; 8		

Sujeitos	Outros temas	
	Prevenção de doenças	
1	<p>... "Caminhando para a Saúde", por exemplo, ele acontece em Unidades de Saúde e essas Unidades têm responsáveis; muitas vezes esses responsáveis acham que a chegada desse programa trata-se de uma inovação, trata-se de um benefício para a Unidade e outras vezes ao contrário, as pessoas acham que isso vai atrapalhar o andamento da Unidade e me parece que a questão de fundo é um entendimento da Política de Saúde, uma coisa curativa, uma coisa só da doença ...</p>	
2; 3		
4	<p>... a consulta que é um grande problema, porque tem a questão das Unidades que não têm clínico, não têm muita consulta na clínica médica para oferecer para a população; é sempre insuficiente para a demanda da população e o projeto acabará sendo reconhecido por isso, porque promovendo qualidade de vida, ele economiza em consulta médica, ele economiza na assistência (...); o que te bate na porta e você tem que dar a resposta imediata é a doença, é a assistência, é a produção de cuidados; isso sempre é prioridade, é claro. Se chega alguém aqui nesse PA, nesse Pronto Atendimento, e diz "tá doendo", não adianta você falar - olha, vai caminhar - ele tem que ser medicado e tem que ser assistido, ele tem que ser atendido. E se você não consegue dar esse atendimento, vira um caos, porque está com dor - me deixou 5h com dor - isso é um caos. Então, isso acaba politicamente trazendo muitos problemas, do ponto de vista político e do ponto de vista também da assistência em Saúde. Não pode, claro que não (...) Infelizmente, a assistência tem essa prioridade. Infelizmente não, é necessário, mas é uma prioridade; o cobertor é curto. Então, o que é prioritário é a assistência; então vamos lá.</p>	

Sujeitos	Outros temas	
	Prevenção de doenças (continuação)	
5		
6	<p>A caminhada reabilita a pessoa não só fisicamente, mas socialmente também; ela começa a fazer parte de um grupo. Quando você está na terceira idade e esse grupo está basicamente voltado para as pessoas que estão na terceira idade, significa depressão, ou problemas desse tipo. Quando você tem uma pessoa que faz parte desse grupo, você a reabilita socialmente; então, acho que nesse sentido as Políticas de Saúde Pública ela deixa de ser curativa - PA, hospital, cirurgia - aquela coisa desenfreada e começam a pensar em reabilitação, que é terciária; começam a pensar na prevenção, que é não permitir que essa pessoa tenha uma depressão. Um exemplo que nós temos aqui é a própria monitora, caminhante como eu falo, que percebe uma pessoa que tem um potencial para a depressão profunda, que já tentou se matar, ela tem esse feeling. Eu acho que isso é muito legal, é uma experiência muito positiva.</p>	
7	<p>... volto a repetir Saúde Pública é prevenção e a gente não está aqui para fazer a parte curativa. Agente está aqui para fazer a parte preventiva. O pediatra está aqui para fazer puericultura: vamos ver se o seu filho está crescendo, se o seu filho está com o peso de acordo com a idade, como é que está o desenvolvimento. A clínica geral também é isso: como é que está a sua pressão? O senhor está participando da Caminhada? Vamos ver como é que está a glicemia? O senhor está controlando direitinho? Alimentação como é que está? Então, tem todos esses fatores que eu acho que ficam um pouco soltos (...) Eu acredito que a gente, tendo esse contato, a coisa melhoraria; eu não falo isso só de boca, eu falo isso de experiência de vida e por outras pessoas que eu sei que isso acontece. Se não me engano, no Sorocaba, a (...), que é enfermeira de lá, uma vez por mês ela faz isso. Ela faz o peso, ela faz o destro, a PA, e no final ela faz uma palestra: o que é a hipertensão? Quais os riscos que uma hipertensão pode ocasionar no paciente? A diabetes, por que esse controle do destro? Por que é importante caminhar em relação ao hipertenso e ao diabético? A maior parte das pessoas que participam do Caminhando é da terceira idade. Muito poucos são jovens; o jovem que eu digo na faixa dos 50, mas eu gostaria que esse "Caminhando para Saúde" não fosse só com o pessoal da terceira idade; por que não os jovens também já estarem se preparando? Afinal de contas, a prevenção começa aos 20 anos (...) a gente chega aqui e a gente trabalha, trabalha, trabalha, trabalha, trabalha e a gente só tem cobrança. Não é porque o departamento é ruim, é porque a população cobra a Secretaria; é uma bola de neve. Então, já que estamos em um país democrático, por que o Ministro não coloca isso como uma necessidade? Dentro das fábricas, hoje, eles não param? Eles não têm que fazer a Pausa Saudável? Eles não têm lá o seu período de 15 minutos de alongamento? Por que nós não podemos fazer isso? Por que não tem essa cultura, a nossa cultura? Qual que é a nossa cultura aqui dentro da Unidade de Saúde? Deveria ser preventiva, mas nós só estamos fazendo a parte curativa; só curativa mais nada. Difícil, muito difícil.</p>	
8	<p>A aquela história que a gente fala muito em prevenção, mas a gente, enquanto profissional da área, não estabelece quais são os tipos de prevenção que tem que ter (...) do pessoal que se envolve tanto com a Saúde, através do dado médico, da enfermeira que faz acompanhamento e o monitoramento, mas se envolve também com a área de lazer dos nossos CESAS, dos nossos parques, onde você vai fazer essa caminhada, acho isso muito importante (...) Quando a gente chega na Unidade de Saúde e a médica fala - eu vou dar uma palestra para orientar o pessoal para fazer a caminhada - na semana seguinte, você tem gente de todo lado; se inscrevem; o pessoal vem, porque o médico está dizendo que além do remédio, além de monitorar a pressão, além de fazer as visitas periódicas, é preciso caminhar, é preciso fazer um exercício, é preciso fazer qualquer coisa, além de ficar parado em casa.</p>	

Sujeitos	Outros temas	
	Intersetorialidade	
	Entendimento	
1	Definição de matricialidade: aquela que você relaciona diferentes dimensões visando à construção de um projeto orgânico, sistêmico (...). Na Prefeitura, na verdade, a gente usa o termo matricialidade, que busca, como eu já disse anteriormente, definir pontos de diferentes dimensões, de modo a configurar uma rede para tratar de assuntos complexos. A intersectorialidade seria uma forma de abordar os parceiros, sobretudo os setores da Prefeitura, na busca de novos parceiros.	
2; 3; 4; 5		
6	Eu acho fundamental [a intersectorialidade]; é como aquele velho ditado: cada macaco no seu galho. Eu não posso dar uma prática que eu não sou conhecedora, eu preciso do outro profissional; como vai chegar um ponto que o outro precisa de mim e que vão precisar de outros. Acho fundamental isso. Hoje em dia confundem muito o “multi”, como se cada um pudesse exercer a prática do outro. Não é isso. Na verdade, é pegar um único indivíduo e ver ele como um todo, com diversos olhares de profissionais diferentes.(...) É precário [como ela enxerga a intersectorialidade]	
7		
8	... no caso, na pista que nós temos do CESA, que é da Secretaria de Educação e também da Secretaria de Cultura, Esporte e Lazer, a Saúde vem e usa esse espaço, usa a quadra, usa o professor de Yoga que está lá e que, de repente, a ginástica deles é do equipamento da Cultura e da Educação, mas a pessoa vê lá - Opa, eu estou fazendo a caminhada e eu tenho tempo depois também, para fazer a aula - e já fica e já se integra.	

Sujeitos	Outros temas	
	Escolha das práticas	
1	... fizemos a escolha pelas Práticas Orientais, considerando que elas possuem um potencial grande e que as pessoas não têm grandes possibilidades de acesso de maneira gratuita, ao que o mercado oferece, mas o poder público não fazia. (...) Em relação à "Caminhada" e ao CFM, o nosso interesse em relação à caminhada é que ela pode se tornar autônoma com grande facilidade, ou seja, a pessoa ganha essa condição, ganha autonomia, adquirir prazer em caminhar; mesmo fora do programa ela pode continuar a fazer. (...) Em relação ao CFM, a opção foi pensando em situações mais críticas daqueles idosos que com dificuldade de locomoção ou com problemas anteriores que não permitissem fazer a caminhada mesmo. Por exemplo, criar condições para que essas pessoas pratiquem outros tipos de atividades, tendo como início o fortalecimento muscular.	
2; 3		
4	O projeto no Serviço de Urgência se chama "Pausa Saudável". Eles precisam parar mesmo, porque ninguém agüenta trabalhar num plantão de 12h “adrenalizados”, com a adrenalina lá em cima; eles têm que ter essa pausa. Vendo a população alvo, sentindo as necessidades, a gente acabou implantando nos Serviços de Urgência a "Pausa Saudável". Essas três modalidades de atividade corporal, que é para o funcionário, não é para a população em geral (...), a gente teve também outra análise, o adoecimento desses trabalhadores ...	

Sujeitos	Outros temas
	Escolha das práticas (continuação)
5	Eu acho que o "Caminhando", porque caminhar é acessível a qualquer pessoa, a qualquer faixa etária, a qualquer classe social; é mais barato talvez; não tem contra-indicação, ou pouquíssimas contra-indicações. Agora as outras, eu imagino que seja uma questão de bem-estar, não só orgânico, mas espiritual e mental.
6	
7	Para mim, essas são práticas que não têm tanta exigência por parte do corpo da pessoa; é diferente de você numa academia fazer musculação, que a pessoa tem que ter um pouco de preparo. A Caminhada é uma prática milenar, que é saudável para todo mundo; então não exige tanto do paciente; é uma coisa que se você for ver, mexe com todos os órgãos, com a respiração, com musculação, com articulação, com a parte psicológica. Então, é uma prática que o pessoal não dá nada, mas pelo nada que representa, ela representa ao mesmo tempo tudo. É uma coisa que todo mundo pode fazer; não exige recursos materiais, todo mundo pode caminhar...
8	... nós tivemos uma história de hipertensos que era medicamento que vinha por contra do Ministério da Saúde, mas com a ressalva de que pudesse ter um trabalho junto a esses hipertensos, diabéticos, ou seja, palestras, orientação; então, foi desta brecha que apareceu (...) então quando vem essa proposta do envolvimento do projeto e conversando com o (...), do Departamento de Lazer, ele fala - a gente tem uma proposta do "Caminhando com a Saúde", que a gente podia discutir, colocar a caminhada nas Unidades - eu, particularmente, achava que mudar a cara da Unidade de Saúde era importante e que tivesse outras atividades. Eu faço a festa junina na Unidade de Saúde, a população vem, colabora e a referência que ela tem da Unidade já não é só a doença; passa a ser outros eventos. Então, a preocupação foi essa; se pudesse colocar o projeto onde a população se envolvesse com um tipo de lazer, com um tipo de atividade além, de periodicamente visitar a Unidade de Saúde, seria importante. Por isso que eu acho que o "Caminhando para Saúde" encaixou direitinho aí.

Matriz de resultados sob enfoque do ponto de vista dos sujeitos entrevistados

Sujeito 1				Considerações
Projeto “Lazer e Saúde”	Objetivos	Práticas Orientais	Na verdade, aqui na Secretaria de Cultura, Esporte e Lazer, nós temos várias ações que dizem respeito à qualidade de vida. A prática esportiva, a assistência a espetáculos culturais, a participação em oficinas, todas elas, de uma maneira de outra, dizem respeito à qualidade de vida. Na divisão operacional do que cada departamento deve fazer, Cultura, Esporte e Lazer, nós, diante de um grande leque de opções, fizemos a escolha pelas Práticas Orientais, considerando que elas possuem um potencial grande e que as pessoas não têm grandes possibilidades de acesso de maneira gratuita ao que o mercado oferece, mas o poder público não fazia. Então, com relação às Práticas Orientais, ao perceber esse crescimento, essa procura, a gente achou por bem, enquanto um direito, tornar possível a prática gratuita dessas atividades.	
		Caminhando para a Saúde	O nosso interesse em relação à "Caminhada" é que ela pode se tornar autônoma com grande facilidade, ou seja, a pessoa ganha essa condição, ganha autonomia, adquirir prazer em caminhar; mesmo fora do programa ela pode continuar a fazer.	
		CFM	Em relação ao CFM, a opção foi pensando em situações mais críticas, daqueles idosos que com dificuldade de locomoção ou com problemas anteriores, que não permitissem fazer a caminhada mesmo. Por exemplo, criar condições para que essas pessoas pratiquem outros tipos de atividades, tendo como início o fortalecimento muscular.	
	Multiplicadores		Já naquele momento na implementação, existiu uma aproximação com a Secretaria de Saúde (...); mas pensando na formação de multiplicadores, foi criado um curso de multiplicadores pensando que essas pessoas, ao serem formadas, elas atuariam na rede de Saúde (...); mais para frente percebeu-se que isso não era viável, tendo em vista que as pessoas que se formavam não se comprometiam a trabalhar na rede de Saúde. Então, essa primeira aproximação com a Secretaria de Saúde se deu logo no início desta gestão.	
	Contratação	Práticas Orientais	... nós temos um contrato com uma empresa que trabalha com esse tipo de atividade, uma empresa que trabalha aqui na região há muito tempo e certamente essas pessoas, todas certificadas, têm o reconhecimento profissional naquilo que fazem. Então, nós contratamos um grupo de profissionais com esse reconhecimento para trabalhar com as Práticas Orientais.	

Sujeito 1 (continuação)			Considerações	
Projeto “Lazer e Saúde” (continuação)	Contratação (continuação)	Caminhando para a Saúde	Na "Caminhada", a nossa opção foi por pessoas vinculadas ao universo da Educação Física, não necessariamente pessoas formadas. Então, a forma de contratação ela é diferenciada; foi feito um convênio entre a Secretaria de Saúde e uma organização não-governamental e por meio desse convênio a gente conseguiu contratar pessoas com esse perfil: ou formados em Educação Física ou, em muitas das vezes, ainda cursando Educação Física. Por entender que essas pessoas cursam Educação Física e estão no meio do processo de formação, nós contratamos um consultor para melhorar e criar procedimentos para que essas pessoas entendam melhor, qualificando essas pessoas para a ação que pretende ser desenvolvida e que, na verdade, é desenvolvida no momento.	
		CFM	Em relação ao CFM nós fizemos uma seleção pública. Neste caso, a gente optou ou pela pessoa formada em Educação Física ou pelo Fisioterapeuta, neste último contrato. A gente não tem uma avaliação definitiva, mas me parece que o melhor perfil, neste caso, é o professor de Educação Física, particularmente é o que eu penso. No caso do CFM, a gente contrata uma pessoa formada, essa é a exigência, que tem o apoio de estagiários.	
	Histórico do “Lazer e Saúde”	Práticas Orientais	... essas práticas começaram já no período de 97 a 2000, quando foi criado o Departamento de Lazer na Secretaria de Cultura, Esporte e Lazer. Foram desenvolvidas ações nos parques municipais, relacionadas às Práticas Orientais. Sobretudo o Lian Gong era o carro-chefe; essas práticas foram implementadas para a população e de lá para cá elas foram sendo aperfeiçoadas. A partir de 2001, eu comecei a atuar no Departamento de Lazer e nós demos continuidade às Práticas Orientais nos parques e também tivemos o cuidado de diversificar. Então, não ficamos só restrito ao Lian Gong; incluímos o Tai Chi Chuan, a massagem e outras possibilidades dentro dessa linha. Não satisfeitos com isso, nós buscamos, junto à Secretaria de Saúde, a criação de um programa que nós intitulamos, de uma forma bem genérica, de "Lazer e Saúde".	Preocupação com a diversificação das práticas, não entendendo que uma é melhor que a outra.
		Caminhando para a Saúde	... o "Caminhando" cria demandas para a caminhada, que para nós é uma coisa bastante interessante; é diferente de você trabalhar num parque com pessoas que gostam de caminhar ou criar demanda para caminhantes nas Unidades de Saúde.	
		CFM	O CFM criou uma situação interessante de promover a atividade física dessa maneira que as pessoas estão acostumadas, essa coisa de musculação e tudo mais; mas a gente conseguiu chamar a atenção para isso e relacionar isso com uma qualidade de vida melhor para a terceira idade.	

Sujeito 1 (continuação)				Considerações
Limitações / Problemas	Intersetorialidade		<p>... acontece que na medida que esses projetos vão sendo desenvolvidos, existem diferentes intensidades de trabalho conjunto. No caso do "Caminhando para a Saúde" e no caso do CFM, que não têm como existir se não for de maneira conjunta, existem problemas nessa implementação contínua. Então, em alguns momentos a gente tem dificuldade mesmo, coisas simples como de se encontrar com a Saúde, de reavaliar, de rever alguns procedimentos do projeto e talvez o contrário também seja verdadeiro. Mas o principal problema é a operação conjunta desse projeto. Em alguns casos, por exemplo, como o caso da "Caminhada", toda a parte administrativa da contratação de pessoal é via Secretaria de Saúde, mas se eu posso dizer, a parte pedagógica é desenvolvida pelo Departamento de Lazer e em alguns momentos essas partes têm dificuldade de conversar. No caso do CFM é a mesma coisa: no modelo que a gente adotou aqui, a Secretaria de Saúde adquiriu os equipamentos; nós tivemos, além da Saúde e do Lazer, envolvida a Secretaria de Educação e fizemos a implementação conjunta, mas também vivemos momentos de dificuldades para criar maior organicidade naquilo que foi contratado no início do projeto. Parece que as pessoas que são responsáveis pela ação, isso sim. Na verdade, como se trata de uma atuação intersetorial, dentro desse projeto intersetorial, aqueles gerentes que ficam responsáveis pela ação cotidiana têm interesse, têm um movimento muito interessante. Agora, as pessoas que se colocam como parceiros, nem sempre se posicionam da maneira esperada, ou atuam, se comprometem da maneira esperada. Além disso, como a gente presta serviço em locais que não necessariamente são da nossa gerência, do ponto de vista do Departamento de Lazer, a gente encontra resistências de outras ordens. Então, se você vai levar um serviço novo, "Caminhando para a Saúde" por exemplo, ele acontece em Unidades de Saúde e essas Unidades têm responsáveis; muitas vezes esses responsáveis acham que a chegada desse programa trata-se de uma inovação, trata-se de um benefício para a Unidade e outras vezes ao contrário, as pessoas acham que isso vai atrapalhar o andamento da Unidade e me parece que a questão de fundo é um entendimento da Política de Saúde, uma coisa curativa, uma coisa só da doença ou ao contrário, uma coisa que é a promoção da saúde via atividade física, via lazer. Então, por trás dessa posição dos gestores vem essa compreensão do que seria Saúde. Me parece que além de ser uma estratégia de gestão da Prefeitura, ela fica muito a cargo de cada setor. Então, falando do Departamento de Lazer, nós buscamos ações conjuntas com outros setores da Prefeitura e estabelecemos vínculos e trabalhos conjuntos com a Saúde, com eu já disse, com a Educação, com a Inclusão Social, com o SEMASA, com o meio ambiente, com o turismo, com Paranapiacaba, mas esse protagonismo fica a cargo de cada setor, em que pese ser uma orientação do governo.</p>	

Sujeito 1 (continuação)				Considerações
Limitações / Problemas (continuação)	Avaliação		<p>Outra questão em relação à dificuldade ainda, diz respeito ao relacionamento com o público, com o nosso público. Nós temos também dificuldades para avaliar, ficamos à mercê dos monitores para saber a avaliação do projeto. A pessoa que desenvolve a atividades é a mesma pessoa que teoricamente faz a avaliação do projeto. Então, a gente não tem uma avaliação macro do projeto, tem uma certa dificuldade para fazê-la. A gente precisa criar mecanismos para avaliar, para a gente poder rever e melhorar essas práticas (...) Agora, como já disse, em muitas das vezes essa avaliação carece da fala do usuário; então, a fala do usuário fica restrita ao ouvido do agente, ao ouvido do professor e nem sempre isso é uma coisa fácil de se medir. Me parece que esse é o nosso ponto crítico em termos de avaliação.</p>	
	Financeiro	CFM e Caminhada	<p>No caso do "Caminhando para a Saúde" e no caso do CFM, que não têm como existir se não for de maneira conjunta (...). Em alguns casos, por exemplo, como o caso da "Caminhada", toda a parte administrativa da contratação de pessoal é via Secretaria de Saúde (...). No caso do CFM a mesma coisa: no modelo que a gente adotou aqui, a Secretaria de Saúde adquiriu os equipamentos ...</p>	
	Participação comunitária	Canal direto	<p>... a participação em termos (...) de discussão da política que está sendo desenvolvida, é precária. O que a gente percebe é que apesar dos inúmeros canais de participação, essa cultura de participação cidadã é precária ainda aqui em Santo André. Isso vale também para o "Caminhando para a Saúde" e para o CFM. As pessoas têm uma postura de aguardar o poder público para provê-las de serviços, mas o contrário, vir discutir o serviço, participar organicamente do serviço a gente não assiste ... Essa participação fica restrita muito ao número de pessoas.</p>	<p>Não observei ações para tentar mudar essa precariedade da participação comunitária.</p>
	Participação gestores e gerentes		<p>... me parece que a questão de fundo é um entendimento da Política de Saúde, uma coisa curativa, uma coisa só da doença, ou ao contrário, uma coisa que é a promoção da saúde via atividade física, via lazer. Então, por trás dessa posição dos gestores vem essa compreensão do que seria Saúde ...</p>	
Aspectos positivos	Possibilidades sustentabilidade		<p>... no que pese a gente já ter tentado fazer isso várias vezes, é criar novos vínculo com as pessoas que já participam do programa. A nossa dúvida é qual que é a motivação inicial das pessoas para participar desse programa. Se é buscar a atividade física, muito bem; agora, a partir disso a experiência nos mostra que isso só não segura a pessoa, não faz com que a pessoa se fixe à atividade física, ao nosso programa. Então, talvez a potencialidade é criar situações de sociabilidade, criar situações de lazer mesmo, de lazer no grupo, de maneira a fortalecer os vínculos, fortalecer os laços, de modo que a pessoa pratique atividade física com frequência, com prazer, enfim, nos seus grupos. Isso eu acho que vale tanto para o "Caminhando" quanto para o CFM.</p>	<p>Percebe que só o acesso a uma atividade não faz com que a pessoa se fixe ao programa. Faz-se necessário criar situações de sociabilidade, de lazer mesmo, para fortalecer os vínculos (Práticas Corporais).</p>

Sujeito 1 (continuação)				Considerações
Aspectos positivos (continuação)	Resultado		O CFM criou uma situação interessante de promover a atividade física dessa maneira que as pessoas estão acostumadas, essa coisa de musculação e tudo mais; mas a gente conseguiu chamar a atenção para isso e relacionar isso com uma qualidade de vida melhor para a terceira idade.	Preocupação em relacionar uma atividade física (musculação) com a qualidade de vida
	Vínculos		Então, talvez a potencialidade é criar situações de sociabilidade, criar situações de lazer mesmo, de lazer no grupo, de maneira a fortalecer os vínculos, fortalecer os laços, de modo que a pessoa pratique atividade física com frequência, com prazer, enfim, nos seus grupos. Isso acho que vale tanto para o "Caminhando" quanto para o CFM.	Fortalecimento dos vínculos, da sociabilidade, para a prática da atividade com prazer nos seus grupos
	Participação comunitária	Canal direto	... o Lian Gong, em algumas das Unidades de Saúde, é fruto da conquista do orçamento participativo. Então, em algumas Unidades de Saúde ... o Lian Gong só existe porque ele é objeto de conquista da comunidade organizada e de demandas aprovadas no orçamento participativo. Então, eu acho que isso já indica uma forma de participação diferenciada da população.	De alguma maneira a comunidade se organizou para a manutenção das atividades de Práticas Orientais
Política Nacional de Promoção da Saúde	Conhecimento		Eu não conheço a fundo a Política Nacional de Promoção da Saúde não. O que eu tenho percebido é que essa política procura fugir desse paradigma da medicina curativa, do entendimento da saúde enquanto doença, mas eu não saberia te dizer, traçar um conteúdo dessa política.	Percebe-se que as Práticas Orientais estão desvinculadas da Secretaria de Saúde, apesar de fazerem parte do Projeto "Lazer e Saúde"
	Ações da rede básica		Não saberia dizer também, não tenho conhecimento ... Eu também desconheço. Até onde eu sei, o trabalho de atividade física que acontece na Secretaria de Saúde, ele é baseado de maneira permanente nesses dois programas. [Caminhando para a Saúde e CFM"]	
	Ações de aconselhamento e divulgação		Campanhas voltadas para isso eu não saberia te dizer; sei que existem ações de comunicação que trabalham com essa questão da atividade física na Saúde, mas eu não saberia te dizer se existem além dessas campanhas programas permanentes como o "Caminhando" e o CFM, que trabalham com a população com frequência; mas que existem campanhas de comunicação sobretudo isso, existem.	Não existem ações de aconselhamento, o que reflete na baixa participação comunitária.
	Ações de intersectorialidade e mobilização de parceiros		Especificamente com a Saúde, as ações que acontecem além dessas já ditas, do "Caminhando", do CFM, nós organizamos já uma feira de qualidade de vida; em alguns momentos, a gente participa de campanhas de vacinação via expresso lazer. Então, pelo que eu me lembre aqui, são coisas desse tipo que acontecem, de mobilização nos bairros. Tem o projeto da Prefeitura chamado "Bairro Limpo", em que vários setores da Prefeitura participam conjuntamente. Existe uma busca constante de ações conjuntas que nem sempre elas alcançam a organicidade que a gente espera, mas como eu disse, é uma busca, uma prática social e de construção.	A articulação intersectorial fica a cargo de cada setor. Não parece existir uma tentativa de um olhar macro para compor as ações intersectoriais. Fica claro que uma das dificuldades da intersectorialidade é o entendimento da proposta. O sujeito 2 também faz essa referência quando fala da primeira reunião que teve com o sujeito 3. As ações que acontecem junto com a Saúde são duas.

Sujeito 1 (continuação)				Considerações
Política Nacional de Promoção da Saúde (cont.)	Ações de monitoramento e avaliação		A avaliação, ela fica no primeiro momento como responsabilidade imediata do agente que está em contato com a comunidade, com o instrutor das Práticas Orientais, com o professor de Educação Física, com o instrutor do CFM (...). A partir dessa primeira análise, existe uma coordenação do departamento, existe uma gerência, que é responsável por essa prática, que se reúne com os profissionais, que se reúne com o consultor e por meio de reuniões e de processos de avaliação, tentam buscar novas maneiras de desenvolver essas ações, por meio da análise das mesmas.	A avaliação está relacionada com a participação comunitária. Não foi identificada ênfase nesse tipo de ação, principalmente no que se refere às ações de aconselhamento.
	Atividade Física X Práticas Corporais		O CFM criou uma situação interessante de promover a atividade física dessa maneira que as pessoas estão acostumadas, essa coisa de musculação e tudo mais; mas a gente conseguiu chamar a atenção para isso e relacionar isso com uma qualidade de vida melhor para a terceira idade.	
	Prevenção de doenças		... "Caminhando para a Saúde", por exemplo, ele acontece em Unidades de Saúde e essas Unidades têm responsáveis; muitas vezes esses responsáveis acham que a chegada desse programa trata-se de uma inovação, trata-se de um benefício para a Unidade e outras vezes ao contrário, as pessoas acham que isso vai atrapalhar o andamento da Unidade e me parece que a questão de fundo é um entendimento da Política de Saúde, uma coisa curativa, uma coisa só da doença ...	
	Intersetorialidade	Entendimento	Definição de matricialidade: aquela que você relaciona diferentes dimensões visando à construção de um projeto orgânico, sistêmico (...). Na Prefeitura, na verdade, a gente usa o termo matricialidade, que busca, como eu já disse anteriormente, definir pontos de diferentes dimensões, de modo a configurar uma rede para tratar de assuntos complexos. A intersetorialidade seria uma forma de abordar os parceiros, sobretudo os setores da Prefeitura, na busca de novos parceiros.	
	Escolha das práticas		... fizemos a escolha pelas Práticas Orientais, considerando que elas possuem um potencial grande e que as pessoas não têm grandes possibilidades de acesso de maneira gratuita, ao que o mercado oferece, mas o poder público não fazia. (...) Em relação à "Caminhada" e ao CFM, o nosso interesse em relação à caminhada é que ela pode se tornar autônoma com grande facilidade, ou seja, a pessoa ganha essa condição, ganha autonomia, adquirir prazer em caminhar; mesmo fora do programa ela pode continuar a fazer. (...) Em relação ao CFM, a opção foi pensando em situações mais críticas daqueles idosos que com dificuldade de locomoção ou com problemas anteriores que não permitissem fazer a caminhada mesmo. Por exemplo, criar condições para que essas pessoas pratiquem outros tipos de atividades, tendo como início o fortalecimento muscular.	

Sujeito 2			Considerações
Projeto “Lazer e Saúde”	Objetivos	Práticas Orientais	A idéia sempre foi levar para os parques; a idéia mesmo era começar nos parques, depois foi para os Centros Comunitários; conciliar algumas coisas como práticas alternativas que trabalhassem o corpo/mente, buscando qualidade de vida, o combate ao stress.
	Multiplicadores		<p>... o Lian Gong em 98; em um determinado momento, as pessoas falavam que esse era um tipo de coisa que se a gente não entrasse numa reformulação ia chegar uma hora em que a gente não iria conseguir oferecer essa atividade pelo custo. O valor hora/aula do Lian Gong e do Tai Chi é bem diferente dos estagiários para monitor de qualquer outra coisa na área de atividade física, porque a pessoa é muito específica e especializada, aquela coisa toda. Ai fizeram um curso de formação para monitores, pensando que as pessoas fossem reproduzir isso, mas isso acabou não vingando muito. Uma pessoa, que a gente tem certeza de que deu certo, que acabou reproduzindo isso foi (...) uma menina agente de lazer daqui, trabalhava com a gente e que acabou se identificando com essa área. Hoje ela dá aulas de Lian Gong para a saúde mental, dentro da Saúde e acabou até se desvinculando do nosso departamento e foi para lá. (...) A gente percebeu que não é tão simples assim; formar multiplicadores não é tão simples, principalmente nessa área, até porque, o nosso público é de terceira idade, eles querem é uma orientação, uma atividade orientada e eles não se vêem enquanto multiplicadores. Por mais que você ofereça o curso para serem multiplicadores, eles não se atraem, pela prática em si sim, mas como multiplicadores não funcionou. Quer dizer, foi um dinheiro que foi aplicado, tem muita gente que fez, vários monitores que trabalhavam com a gente, mas eu sei que quem está trabalhando com isso só foi ela, foi a única pessoa que deu continuidade (...). No caso [dessa agente de Lazer], foi ela que se identificou, tanto que depois do Lian Gong, agora ela já fez um curso de Yoga e ela dá aula de Yoga também.</p> <p>Este sujeito acha que não deu certo por causa do valor investido e do reduzido número de pessoas que deram continuidade à prática. Esquece que existe um valor agregado à experiência para outras possíveis ações nesse sentido. Destaca essa experiência vivida pelo Departamento de Lazer, na tentativa de transformar a prática numa atividade autônoma, ou seja, sem depender dos custos, tem enorme valor.</p>

Sujeito 2 (continuação)			Considerações
Projeto “Lazer e Saúde” (continuação)	Histórico do “Lazer e Saúde”	Práticas Orientais	<p>Tudo começou com a idéia de trazer o Lian Gong para Santo André, porque ela já tinha tido uma experiência, não sei se foi em São Paulo, quando ela tinha trabalhado em São Paulo. Ela até me pediu, naquela época, para contactar a (...) [pessoa responsável pela atividade]. Aí, por uma série de coisas, como valores, não foi possível naquele momento, porque o que a gente tinha de verba disponível não seria possível. Aí, a (...) [pessoa responsável pela atividade] nos indicou a (...) [outra pessoa responsável pela atividade]; isso foi, acho, em 98... A (...) [outra pessoa responsável pela atividade] já tinha alguma prática, mas uma coisa particular, em academia, mas em parque como a gente começou a trabalhar naquela época, era uma coisa nova. Então, houve todo um trabalho de difusão, difundir o que é o Lian Gong, qual era o objetivo, e aquela coisa toda; e assim, foi uma adesão muito grande, tanto que os primeiros encontros lotavam o Parque Celso Daniel. Daí entrou Tai Chi e foi assim. A gente não contratava, porque todo esse serviço é terceirizado aqui na Prefeitura; a gente não tem nenhum profissional de carreira nessa área, no quadro da Prefeitura, não tem ninguém que mexa com isso, mas eles [Prefeitura] tinham, no Apoio ao Esporte, uma pessoa, o (...), que competia na área de Tai Chi, Tai Chi espada. Ele fazia algumas apresentações e como ele recebia uma bolsa, e como ele não tinha nessa área, tanto o que fazer, ele foi disponibilizado para o Departamento de Lazer para montar aulas de Tai Chi. Então, a gente conciliou o Lian Gong e o Tai Chi; depois de um tempo entrou o Yoga. Foi meio que paulatinamente e de lá para cá a gente só ampliou essa prática. A idéia sempre foi levar para os parques, a idéia mesmo era começar (...) conversando com a professora. A gente pensou no que a gente poderia fazer, não para melhorar o atendimento, mas diversificar um pouco, para não ficar uma coisa muito repetitiva. Foi aí quando a gente pensou em introduzir as danças circulares, como uma prática para mesclar; a gente não tem as danças circulares com uma coisa exclusiva, ela mescla com o Lian Gong, e aí a gente introduziu o curso de Shiatsu, que também já tinha tido uma experiência anterior, com uma boa aceitação. Então, a gente está repetindo os cursos de Shiatsu que vão acontecer uma vez no ano em cada CESA: é um curso de auto-Shiatsu, é uma coisa que a pessoa faz uma auto-massagem. São quatro aulas que a pessoa vai ter durante um mês; uma iniciação. Aí, o professor se preocupou em preparar uma apostila e a gente está fornecendo este material aos participantes.</p> <p>O início das atividades do Tai Chi Chuan foi viabilizado pela existência de uma pessoa que assumisse o compromisso e não houvesse gasto financeiro. As atividades foram introduzidas paulatinamente, mas sempre desvinculadas umas das outras. A idéia era oferecer serviço e diversificar as práticas (Atividade Física).</p>

Sujeito 2 (continuação)			Considerações
Limitações / Problemas	Intersetorialidade	<p>... parceria é complicado (...) eu sempre achei que a Saúde eram os nossos parceiros, mas eu ouvi ao contrário, que nós é que somos parceiros da Saúde, apesar de gerenciarmos o programa e fazer todo o acompanhamento. Os entendimentos sobre parceria são complicados, porque parceria é trabalhar em partes iguais, mas o que eu vejo hoje, o que prevalece é o seguinte: quem mantém financeiramente o programa é o dono dele e os demais são parceiros, mesmo que a participação seja só no financiamento. No caso da Saúde, tendo uma conversa com o pessoal da comunicação (...) ele usou exatamente essa expressão "Ah! eu pensei que era ao contrário, eu sempre ouvi dizer que vocês é que são parceiros deles, porque lá na Saúde eles dizem que vocês... que o programa é deles e vocês é que são parceiros". Então, acho meio desconexo essa relação de parcerias, o entendimento que as pessoas têm sobre isso; mas no nosso caso, a gente tem parceria não só nas Práticas Orientais, mas tanto no "Caminhando" como no CFM. A gente faz uma troca de verbas, até porque eles não podem estar contratando para esse tipo de atividade, para atender a terceira idade e aí a gente tem a total liberdade de gerenciar, definir. Sabe, eles não interferem em nada. Na Saúde é mais complexo pelo que eu percebo, apesar de não acompanhar muito, mas nas poucas reuniões que eu participei (...) eu senti que a relação é mais complexa, até do entendimento que ela [profissional ligada à Secretaria da Saúde] tem sobre a atitude parece bem diferenciado. Então, parece que não é tão simples assim, mas é algo que eu não conheço a fundo, porque não participei de tantas reuniões ... Mas que eu me lembre, a primeira reunião dela foi bem complicada, ela pôs tudo em dúvida, o que ela não concordava (...); eu tive até a impressão que ela queria acabar com o programa naquela primeira reunião; se ela pudesse ter substituído todos os monitores para colocar estagiários do esporte ela teria feito, independente de qual era o objetivo do programa. Eu percebi que ela não tinha um entendimento real sobre o programa e já tinha uma idéia formada. Depois, a impressão que eu tive também, quando ela começou a sentir qual era o alcance do programa, ela foi mudando, ficando mais maleável. Mas eu achei que no início ela teve uma postura bem radical, não foi uma coisa tão tranquila. Essa foi a impressão que eu tenho, apesar de participar de poucas reuniões.</p>	<p>Percebe-se um conceito de parceria unilateral: você é o meu parceiro, não eu que sou o seu. Está baseado no poder financeiro (...)</p> <p>Como não existe uma clareza nos objetivos e conceitos do Projeto "Lazer e Saúde", são informações só operacionais.</p> <p>Corre-se o risco das decisões serem baseadas em pré-conceitos. Isso pode ser constatado no relato do sujeito 1, quando se referiu ao nome Projeto "Lazer e Saúde" como um nome operacional.</p>
	Avaliação	<p>... tem um cadastro em que a gente pede sugestões, mas acho que a participação não se limita apenas a sugestões ... O máximo que a gente faz são consultas: consulta ao coordenador, consulta ao professor, ao público ...</p>	<p>Como não existe um canal direto com a população, a avaliação fica prejudicada.</p>
	Financeiro	<p>... hoje a gente só não oferece mais por uma questão de verbas, porque a gente tem turmas lotadas.</p>	<p>Tem demanda, mas não tem verba.</p>

Sujeito 2 (continuação)			Considerações	
Limitações / Problemas (continuação)	Continuidade	Contratação e escolha profissional	<p>O valor hora/aula do Lian Gong e do Tai Chi é bem diferente dos estagiários para monitor de qualquer outra coisa na área de atividade física, porque a pessoa é muito específica e especializada (...). O fato da gente terceirizar o serviço, a gente tem um problema muito sério: quando hoje você tem um profissional de boa qualidade, no contrato seguinte ele não pode participar da seleção e aí você começa sempre do zero. Então, eu acho que você não pode investir, não é financeiramente interessante. Você não pode dar um investimento a longo prazo para uma pessoa que vai ficar pouco tempo. É uma coisa meio capitalista, mas se você for analisar, se você der uma formação muito grande, um teste, uma capacitação, você sabe que ele vai permanecer por um ano no quadro (...); o maior problema é não dar continuidade e não poder investir na pessoa para melhorar a qualidade do serviço (...). Ela até me pediu, naquela época, para contactar a (...) [pessoa responsável pela prática]. Aí, por uma série de coisas, como valores, não foi possível naquele momento, porque o que a gente tinha de verba disponível não seria possível. Aí, a (...) [pessoa responsável pela prática] nos indicou a (...) [outra pessoa responsável pela prática] isso foi, acho, em 98 ...</p>	<p>Descrédito para com os outros profissionais das outras atividades, atribuindo um valor diferente às práticas, mesmo sem ter o conhecimento dessas outras atividades. É uma visão restrita, segmentada e imediatista da formação que o poder público deveria dar à população. Independente do local em que o profissional for atuar, seu trabalho será revertido para a população, mesmo que seja no serviço privado. Como referido pelo próprio sujeito, existe uma diferença salarial entre os profissionais das Práticas Orientais com os das outras atividades; isso talvez seja uma das causas da grande rotatividade dos monitores.</p>
	Espaço / Material		<p>A gente pode até dizer, hoje, que tem mais procura pelo Yoga do que pelo Lian Gong. Até porque como o Yoga trabalha com as salas fechadas, acaba limitando o número de participantes. Nossas salas multiuso nos CESAS não são muito grandes; então, a gente atende no máximo 40-42 pessoas. Então, todos os locais têm lista de espera, todos os locais tem duas turmas cheias e mais uma lista de espera.</p>	
	Participação comunitária	Canal direto	<p>A gente não conseguiu hoje um canal de participação da população e isso sempre foi uma coisa que a gente se cobrou: como poderíamos melhorar a participação do munícipe na gestão dos programas? Mas a gente não conseguiu.</p>	<p>A preocupação com a existência de um canal com a comunidade na gestão dos programas, aproxima o relato do conteúdo das Práticas Corporais.</p>

Sujeito 2 (continuação)				Considerações
Aspectos positivos	Possibilidades sustentabilidade		Eu acho bem interessante, até porque pelo público que ele atinge, está bem dentro do que é a perspectiva da cidade quanto a população, porque se a gente for analisar, existe um envelhecimento da população. A taxa da terceira idade é a que mais cresce; os dados estão mostrando, já estão falando até de quarta idade. Eu acho que cada vez mais a gente percebe que esse público precisa ser atendido. Então, a gente, enquanto Departamento de Lazer e pela experiência que eu tinha na Prefeitura, a gente focava muito nas crianças, ficava muita recreação, atividade de lazer voltada para a criança, no máximo jovem e adolescente. E pelo que a gente percebe hoje, o público que mais cresce é a terceira idade. Então eu acho que não só pensando na questão da saúde - que isso é indiscutível, eu acho que melhora realmente a qualidade de vida das pessoas - mas na questão da sociabilidade também, que acho que essas atividades promovem para esse público da terceira idade. São vários aspectos que melhoram a qualidade de vida como um todo, não só no aspecto físico mais mental, psicológico e você percebe a disponibilidade, sabe, das pessoas da alegria que elas participam. A gente está focando num público que daqui para frente tem só a crescer na cidade. Acho que a gente trabalha para o futuro nesse sentido, com uma visão do futuro. Se a gente fica só pensando nas crianças, acho que a gente ia ficar com um público cada vez mais limitado; acho que a gente está trabalhando com uma visão para o futuro.	O referencial do aspecto positivo está no número de pessoas atendidas, não na qualidade do atendimento.
	Participação comunitária	Canal direto	Em momentos importantes, essa população se mobilizou bastante, e se a gente tem hoje o Lian Gong e a Caminhada em vários locais, foi por conta da mobilização desse pessoal; por exemplo, são demandas do orçamento participativo. Então, a gente conseguiu por esse lado.	Preocupação com uma gestão mais participativa (Práticas Corporais).
	Diversidade das práticas		Quando a gente entrou com outras práticas, o Yoga principalmente, diminuiu um pouco essa demanda do Lian Gong. O que aconteceu? Como a seqüência do Lian Gong é mais ou menos a mesma, são exercícios que se repetem, essa coisa toda e as pessoas já conheciam, então, quando apareceu o Yoga, aconteceu uma grande migração para o Yoga e hoje está bem equilibrado. A gente pode até dizer, hoje, que tem mais procura pelo Yoga do que pelo Lian Gong; não tem a mesma procura que tem o Yoga hoje, como já teve com o Lian Gong em outro momento. Essa questão do Lian Gong foi meio preocupante. Conversando com a professora, a gente pensou no que a gente poderia fazer, não para melhorar o atendimento, mas diversificar um pouco, para não ficar uma coisa muito repetitiva. Foi aí quando a gente pensou em introduzir as danças circulares ...	
Política Nacional de Promoção da Saúde	Conhecimento		Quando você falou da Política Nacional de Promoção da Saúde, eu acredito, apesar de não conhecer, que existe um senso comum, a questão da prevenção da doença é trabalhar no sentido de você não levar o indivíduo... não é tratar da doença e assim melhorar ... fazer com que ele tenha saúde ... Até porque o Serviço Público de Saúde tá né ... eu percebo que na Saúde tem muito essa preocupação, porque eles não conseguem atingir a demanda. Se eles puderem evitar com todas essas atividades preventivas, para ele será bem melhor; com certeza vai desafogar ...	Entende o objetivo das Práticas Corporais ligadas à Saúde como uma espécie de instrumento para atingir a demanda imposta ao Serviço de Saúde (Assistência à Saúde).

Sujeito 2 (continuação)				Considerações
Política Nacional de Promoção da Saúde (continuação)	Ações da rede básica		Na verdade, existem vários setores da Prefeitura que desenvolvem atividades físicas; por exemplo, em alguns momentos tem assessoria da terceira idade, que tinha uma caminhada com uma professora na Chácara, que dava a atividade física ... O Esporte tem atividade voltada para esse público, que é o "Bate Coração" e nós temos atividades ...	Refere-se à quantidade das atividades (visão da assistência e da atividade física).
	Ações de aconselhamento e divulgação		a gente só tem o material de divulgação mais básico possível. A gente divulga na agenda, nas Unidades de Saúde e pelos próprios funcionários. A gente não tem um plano de divulgação específico, no sentido de estar informando, tipo um informativo. Acho que isso também é uma coisa que seria interessante, um esclarecimento ao público seria bem importante para gente até aumentar a procura. Acho que muita gente até nem participa por não ter conhecimento de determinado serviço. (...) os nossos programas, eles têm dois momentos: têm as aulas e têm os eventos que a gente realiza não só para difundir a atividade e atingir novos públicos, mas fazer um encontro, um intercâmbio entre os grupos (...). São nesses momentos que a gente ganha novos adeptos, outras pessoas para participar. A gente sempre leva nesses eventos, um folheto para distribuir, com os locais e horários das atividades que estão sendo oferecidas, e também chama atenção na locução, para que as pessoas passem a conhecer. São nesses momentos que a gente ganha novos adeptos, outras pessoas para participar (...) Agora a gente vai disponibilizar nos parques um banner com a programação (...) com todas atividades que são oferecidas, os horários, locais, direitinho e o telefone do departamento para a pessoa poder entrar em contato. A gente tem um retorno grande por exemplo da agenda e a gente tem conseguido umas matérias boas na revista da COOPE, que tem uma grande circulação no ABC.	O sujeito não faz menção a ações de aconselhamento; refere-se apenas à divulgação do serviço e mais uma vez mostra a importância da quantidade de pessoas atendidas (não se refere a qualidade do atendimento).
	Ações de intersectorialidade e mobilização de parceiros		Na verdade, existem vários setores da Prefeitura que desenvolvem atividades físicas; por exemplo, em alguns momentos tem assessoria da terceira idade, que tinha uma caminhada com uma professora na Chácara, que dava a atividade física ... O Esporte tem atividade voltada para esse público, que é o "Bate Coração" e nós temos atividades ... Agora, o que eu percebo é que esses serviços poderiam estar interligados ou coordenados de uma maneira tal, que seria para otimizar e na verdade, eles perdem nesse sentido. Na maneira como eles são gerenciados isoladamente, eles acabam perdendo, se diluem, não atingem o público que poderiam atingir ... Enquanto Departamento, eu acho que a gente não tem poder de remar contra essa maré, porque é uma estrutura maior, uma coisa mais macro. Na prática, a gente percebe que quem perde com isso é a população, porque são recursos que acabam sendo diluídos, e se fossem otimizados eu acho que daria um resultado maior..	
	Ações de monitoramento e avaliação		A gente faz um acompanhamento meio que estatístico, de números, de problemas, mas não é um acompanhamento técnico não. A gente não tem gerência técnica; o máximo que acontece é que se você tem algum tipo de questionamento dos participantes, a gente tenta conversar até para entender o que está acontecendo. Mas é assim. Não tem ninguém na equipe que tenha conhecimentos sobre as atividades, a ponto de chegar e estar fazendo uma discussão técnica; isso não tem.	Não se refere à avaliação. Tem preocupação com a parte técnica, mas não faz referência à questões mais abrangentes, como o sentido das práticas para o usuário.

Sujeito 2 (continuação)				Considerações
Outros temas	Atividade Física X Práticas Corporais		... tem horas que a gente pensa que a dança de salão não estaria dentro desse projeto "Lazer e Saúde", já que trabalha com atividade física. Essa coisa toda é controversa: tem gente acha que sim e outras pessoas acham que não, que é mais uma atividade de lazer mesmo. Aí eu não sei qual é o seu enfoque ...	Não se utiliza do conceito de Práticas Corporais, pois separa as atividades físicas das atividades de lazer, mesmo quando a atividade em questão gera dúvidas dentro do próprio Departamento de Lazer, apesar do discurso do Diretor ser, muitas vezes, voltado para as Práticas Corporais.

Sujeito 3				Considerações
Projeto "Lazer e Saúde"	Objetivos	Caminhando para a Saúde	O "Caminhando para a Saúde", hoje, está atendendo 22 Unidades de Saúde e o que prevê o projeto? É você agrupar pessoas interessadas em fazer uma atividade física; essas pessoas, normalmente elas vão na área da sua Unidade desenvolver o programa de caminhadas orientadas pelos monitores.	Visão da atividade física em grupos específicos e enquanto preparação física.
		CFM	Em um primeiro momento, o objetivo era preparar as pessoas que têm uma vida sedentária, que têm suas dificuldades de locomoção, prepará-las para que elas possam participar de outras atividades de lazer ou de atividades físicas que a gente pode disponibilizar, por exemplo o "Caminhando"; acho que esse é o nosso foco principal.	
Limitações / Problemas	Intersetorialidade		Uma coisa que poderia ser boa, eu acho, que tem o seu lado positivo é a coisa intersetorial. Não é só a Saúde, a gente tem uma outra Secretaria, Departamento, enfim, envolvido (...), mas também esse é o problema, porque aí você tem várias pessoas olhando e não tem um fluxo muito claro como esse trabalho vai acontecer. Então, eu acho que o problema é esse: a gente não tem, dentro de nenhuma Secretaria ou Departamento ou dentro da Prefeitura que seja, alguém que pudesse ter esse olhar, que pudesse organizar para poder otimizar. Você tem lá a sua limitação de recursos por exemplo; então, você tenta otimizar. Quando você tem várias Secretarias envolvidas, às vezes você acaba se perdendo e não tendo uma otimização tão positiva. Então, esse é um problema ...	

Sujeito 3 (continuação)			Considerações
Limitações / Problemas (continuação)	Divulgação	<p>É um trabalho que não tem a divulgação que ele merece. É um trabalho que tem muita coisa acontecendo, mas esses dados eles não são divulgados. Então, se você não divulga dados, você não convence os profissionais da área médica e aí principalmente o médico. O médico já tem uma certa resistência, porque ... qual é o olhar do médico? Ele acha que naquele momento que ele orientou uma pessoa para fazer atividade, parece que ele assumiu a responsabilidade do tempo inteiro daquela pessoa. A gente tem que mostrar para ele - olha, as pessoas estão participando, estão frequentando, a média de vezes que a pessoa vem é essa, as pessoas têm dado seus relatos pessoais que está sendo bom - enfim, a gente tem que levar isso para eles aderirem, para eles assumirem o programa para eles ... e não é só com o médico ... Acho que ajuda muito com médico, mas a gente tem que ver também os outros profissionais da Unidade, eles também podem ajudar bastante; então, acho que isso é divulgar mais, é fazer a nossa propaganda um pouco melhor para a gente mesmo.</p>	<p>Enfatiza a importância da participação do médico, via divulgação dos resultados (dados), e a dificuldade deles assumirem o programa. Não menciona a participação do médico através de outras formas, como a participação nos grupos, o que poderia diminuir a resistência deles e ajudar na sua adesão ao programa.</p>
	Avaliação	<p>Eu acho que está faltando isso, a gente ter um instrumento melhor para avaliar se essa permanência deve ser quatro meses realmente; às vezes ela pode precisar, em algum caso isolado, de mais tempo. Talvez essa pessoa precisa de seis meses, um ano, para ela estar preparada para ir para uma outra atividade; talvez ela não tenha condições, não tenha nenhuma característica pessoal para ir para uma outra atividade. Se é aquilo mesmo que ela gostaria de fazer e aí será que a gente fecha mesmo? Bloqueia, dizendo que acabou seu tempo? Por outro lado, se a gente não limita o tempo, aquele que está esperando vai ficar esperando até quando? Então, eu acho que tem uma dificuldade nesse sentido. (...) A gente não tem uma metodologia para coletar os resultados; então, eu acho que hoje, por não ter uma pessoa que fique responsável para olhar para essas atividades e não ter uma metodologia, a gente não coleta dados; isso é uma falha. Eu acho que é ruim, porque a gente fica o tempo todo falando que é bom, que o resultado é positivo, mas que resultado é esse - "é bom" - ? Eu acho que a gente não tem isso muito claro, porque não está sistematizada a coleta dos resultados; acho que é uma falta muito grande. (...) Acho que falta a gente conhecer um pouquinho mais essa resposta. A gente tem vários olhares para essa resposta, mas a gente também tem que ter um critério de avaliação. Então, adotar alguns critérios de avaliação, mesmo na avaliação clínica, eu acho que falta é isso, vamos medir isso. Isso não é o que vai dizer, mas eu acho que falta medir. Então, o positivo é isso, eu acho que é a questão física e a questão da socialização.</p>	<p>Enfatiza a importância da coleta de dados (biológicos) na avaliação, embora faça considerações sobre as questões de socialização.</p>
	Continuidade Fluxo	<p>Os centros de fortalecimento, eu acho que a gente não tem claro ainda o fluxo. Então, pela proposta inicial de que a pessoa que tenha lá as suas dificuldades de mobilidade, problemas de locomoção, vai lá fazer um trabalho para se preparar para entrar no "Caminhando", a gente prevê aí quatro meses para ficar com aquela pessoa, mas talvez não. E com esse "talvez não", a gente vai fazer o que com essas pessoas? E quando ela sai, será que ela vai entrar para o "Caminhando"? Será que não foi apenas um processo curto, que acabou e a gente não deu a chance?</p>	<p>Entendimento da funcionalidade da atividade física e da preparação física.</p>

Sujeito 3 (continuação)				Considerações
Limitações / Problemas (continuação)	Espaço / Material		... falta a gente, primeiro, garantir um local para essas pessoas fazerem uma caminhada de uma forma adequada, por exemplo, se a gente tem uma pista adequada. Todo mundo tem essa pista? Às vezes é uma adaptação, a gente pega uma área melhor perto da Unidade de Saúde ou perto do local que as pessoas elegeram ... Mas será que ali é adequado? Será que não posso sofrer um acidente? Será que não tem nenhum problema na pista? Um buraco que ela possa se machucar? Então, falta ainda um pouco a gente ter esse olhar da preparação do local para as pessoas estarem fazendo.	É interessante a preocupação que o sujeito expressa para com o local utilizado para a caminhada. Porém, será que ele é o principal fator que garante a adesão e permanência no programa? Será necessário que todos tenham uma pista para caminhada? Me parece que o sujeito está desconsiderando a individualidade e as características de cada lugar e grupo.
Aspectos positivos	Possibilidades sustentabilidade		A gente trabalha como se fossem projetos, eu acho que deveriam virar um programa, um programa mesmo de governo nosso. Então, nós temos um programa, nós temos um coordenador aqui, entra e sai ano aquele programa está lá, ele tem suas várias faces e eu acho que isso tinha que ser um programa. Dentro da Unidade, que ela seja o ponto de encontro para se falar de saúde no sentido amplo, para que a pessoa não freqüente a Unidade porque tem que tomar vacina, porque tem que pesar o nenê ou porque agora sentiu uma dor e eu vou lá para ver o que é essa dor; que a Unidade não seja uma unidade de doença, mas de promoção da saúde. Ou seja, que ela vá porque ela tem um grupo ali, que ela pode freqüentar, porque a gente tem um grupo ou orientação nutricional; então, ela vai lá para preparar a dieta dela, porque ela é hipertensa, porque ela está acima do peso ... Então, ela tem que ver o Serviço de Saúde como um local para realmente discutir saúde.	Enfatiza o entendimento da Saúde Ampliada, mas nos exemplos que deu, relaciona sempre a atividade com a doença. O sujeito acaba sendo contraditório no meu entendimento, pois enfoca a UBS como Unidade de Saúde, embora em seus exemplos tenha empregado o enfoque da doença.
	Promoção da Saúde		A gente tem um conceito, que eu devo ter aprendido lá pela sexta ou sétima série, de que saúde é um bem-estar físico e mental e toda aquela coisa, e hoje a Saúde vai muito além de tudo isso que a gente viu até hoje. Ela depende de várias variáveis. Então, pensar hoje o Serviço de Saúde é pensar na promoção. Então, pensar atividade física, pensar a orientação da atividade, eu acho que é justamente pensar naquilo que a gente pode chamar de saúde, que é essa amplitude enorme que é saúde. Saúde é ter esgoto na rua, saúde é ter uma calçada boa, é ter um parque para gente praticar ... Então, é ampliar o conceito, como ele já é ampliado por si só. Eu acho que pensar na atividade física é justamente isso: é começar a caminhar para aquilo que é a Promoção da Saúde, que é o objetivo nosso.	Aqui o conceito de Promoção da Saúde aparece relacionando aos determinantes sociais; em outros locais, ele aparece de forma mais assistencial. Me parece que a Promoção da Saúde começa a ser entendida e expressa no discurso, mas na intervenção, as ações ainda são feitas com uma visão assistencialista.

Sujeito 3 (continuação)				Considerações
Aspectos positivos (continuação)	Resultado		Eu acho que o fato do pertencimento, a pessoa ter um grupo que ela vai freqüentar, ela tem um grupo de pessoas que estão aguardando por ela naquele dia para fazer a caminhada e, então, tem a socialização, que eu acho que é importante. A questão da atividade física em si, os benefícios todos que ela vai proporcionar, eu acho que raramente alguém vai dizer que passei a fazer exercícios físicos e piorei a minha vida. Eu nunca ouvi isso. Então, ela tem como uma resposta positiva ...	
	Acesso		No idoso principalmente, abrir um programa que você permita que o idoso tenha o local dele ali, que está esperando por ele, com um profissional especializado para orientar e fazer um exercício, que até então era um exercício de moçada ... Eu acho que esse cuidado com o idoso também faz parte da parte positiva.	Preocupação com o cuidado com o idoso.
	Vínculos		Eu acho que o fato do pertencimento, a pessoa ter um grupo que ela vai freqüentar, ela tem um grupo de pessoas que estão aguardando por ela naquele dia para fazer a caminhada e, então, tem a socialização que eu acho que é importante.	O vínculo e a socialização são aspectos importantes relacionados à adesão dos usuários às Práticas Corporais.
	Participação comunitária	Canal direto	Acho que já tem grandes avanços ... Acho que você ter hoje uma gestão do Serviço de Saúde com uma participação popular, que a gente tem, isso já é um grande avanço ... Mas acho que a gente tinha ainda que avançar um pouquinho mais nesse sentido.	
	Intersetorialidade		Uma coisa que poderia ser boa, eu acho, que tem o seu lado positivo é a coisa do intersetorial. Não é só a Saúde, a gente tem uma outra Secretaria, Departamento enfim, envolvidos. Esse é o lado positivo, porque você não concentra, você não tem um foco só sobre qualquer problema que seja, não são só com as atividades físicas, você tem vários olhares (...). Eu acho que o que nós temos hoje, para essas duas atividades, é o nosso relacionamento com o Lazer e com a Secretaria de Educação, que é quem fornece para gente o local dos Centros de Fortalecimento. A Educação, ela forneceu o local, ela ajuda de alguma forma a organizar, porque os funcionários do CESA é que vão nos ajudar de alguma forma; então, também tem a sua participação importante, mas eu acho que, fundamentalmente, quem realmente dá o norte é o Departamento de Lazer, que é o que tem a possibilidade de estar contratando profissionais, no sentido de conhecer as pessoas especializadas, tem um olhar para fazer uma capacitação e para saber se aquele profissional tem o perfil da atividade que a gente quer. Então, é extremamente importante que se tenha essa interface com o Lazer. Não sei se na Secretaria de Saúde a gente faria essas contratações, que pudessem dar o atendimento que tem hoje, se a gente teria essa condição, essa competência ... Então, eu acho que é fundamental estar ligado com o Lazer, o pessoal do Esporte e Lazer.	

Sujeito 3 (continuação)			Considerações
Política Nacional de Promoção da Saúde	Conhecimento	Eu já li alguma coisa.	
	Ações da rede básica	Da rede de Saúde, eu citei no começo o Lian Gong, mas eu não acompanho. Eu não sei como funciona, como as pessoas se organizam ... E outras práticas para a atividade física eu desconheço.	Mostra uma desarticulação entre as Práticas Corporais e o setor da Saúde.
	Ações de aconselhamento e divulgação	Com relação aos Centros de Fortalecimento, quando eles foram implantados, na fase inicial, quando a gente estava se adaptando ainda, foi feita uma reunião com os médicos. A gente tem reuniões periódicas com os profissionais ... Na época, você já estava coordenando e você foi lá apresentar o programa, para formar a opinião do médico (...). Já o "Caminhando para a Saúde", ele ficou mais atrelado ao encarregado e ao profissional de enfermagem, porque esse profissional, em algum momento, também está envolvido com essas pessoas; a pessoa terá momentos para medir a sua pressão arterial. Então, ele acabou ficando mais voltado para esses profissionais. Eu acho que esses profissionais têm um relacionamento diferente com o usuário; eles conquistam mais, eles conseguem conversar, entender muito melhor essas pessoas e o "Caminhando" ficou ligado a esses profissionais. Eu acho que teve, então, uma penetração maior, até porque é muito mais tranquilo, está perto da Unidade e está perto da casa da pessoa. No começo, a gente tinha o boné e a camiseta; então, você identificava a pessoa que levava literalmente no peito o programa, colocava o bonezinho. Qualquer projeto que você dê um material a mais, eu acho que traz mais interesse. Então, eu acho que esse foi um grande fator: todo mundo vai com a mesma roupa - olha que legal, eu vou também - . Então, eu acho que isso conseguiu reunir mais pessoas (...). Como é que eu vou convencer o usuário de que é bom? Eu acho que é pegando pela questão da atividade física, dos benefícios da atividade física para as pessoas. Então, eu acho que você pegando, e com essa mídia que você está bombardeado todos dias, que tem que fazer esporte, que tem que fazer atividade física, que tem que se cuidar ... eu acho que a mídia, por si só, ela já é a promoção e se você vai na Unidade onde você está buscando um tratamento e alguém te fala - olha, aqui a gente também tem - eu acho que esse já é o convencimento.	No CFM a divulgação foi feita de uma forma mais técnica, via médico e através de resultados. No "Caminhando", a divulgação foi feita através do pessoal da enfermagem, que participa diretamente do programa, que tem um contato mais próximo com as pessoas, no momento de aferir a pressão arterial, o que pode sugerir um aconselhamento via benefícios da atividade física. O conceito de Promoção de Saúde aparece algumas vezes em contradição. Não se refere às ações que estão acontecendo. O apelo para a participação das atividades é feito mediante os benefícios da atividade física.
	Ações de monitoramento e avaliação	Tem ações de avaliação, se você pegar os relatórios. Quando a gente solicita, você passa os relatórios, mas a gente não tem uma metodologia para coletar os resultados.	

Sujeito 3 (continuação)				Considerações
Outros temas	Atividade Física X Práticas Corporais		Esses monitores vão fazer uma atividade semanal, duas vezes por semana ou três vezes por semana. Nesses encontros, primeiro eles vão fazer a sua atividade inicial, o seu aquecimento, suas orientações e depois eles vão para as caminhadas. Então, esse é o projeto do "Caminhando para a Saúde" (...): preparar as pessoas que têm uma vida sedentária, que têm suas dificuldades de locomoção; prepará-las para que elas possam participar de outras atividades de lazer ou de atividades físicas que a gente pode disponibilizar, por exemplo o "Caminhando". Acho que esse é o nosso foco principal.	

Sujeito 4				Considerações
Projeto "Lazer e Saúde"	Objetivos	Caminhando para a Saúde	... um vínculo de grupo que para gente também era um dos pilares do projeto, que desse conta da questão do idoso, da socialização, do lazer ... Isso daí para gente foi como objetivo específico: diminuir o número de depressão dessa população idosa que a gente viu que era crescente (...). O grupo mesmo criou autonomia; era isso, eu acho que era não, é isso que os grupos precisam para que eles possam criar autonomia e desenvolver esse trabalho.	Destaca a importância do vínculo de grupo e da autonomia segundo a Saúde (coincidindo com o relato do sujeito 1).
	Multiplicadores		São funcionários de carreiras: tem um que é professor de Educação Física que foi emprestado do Lazer; tem uma Terapeuta Corporal, também contratada; tem também uma funcionária de carreira da Prefeitura e tem essa especialização, é Psicóloga, mas trabalha com o Lian Gong há um tempão ... Então, são essas pessoas (...) é isso que está garantido, por enquanto, a gente estar com o projeto há três anos.	Insinua o papel do curso de multiplicadores, pois alguns desses profissionais, em determinado momento e lugar, fizeram um curso de especialização e estão garantindo um trabalho de prevenção nos PAS. Isso é um exemplo que o curso de multiplicadores é um bom investimento para melhoria da qualidade de vida da população.

Sujeito 4 (continuação)			Considerações
Limitações / Problemas	Pré-implementação	Foi vender o projeto, foi vender. Vender para o Secretário da Saúde e para a outra Secretaria de Esporte e Lazer, para se fazer esse trabalho em parceria. É vender mesmo a idéia (...). Então, vender o projeto como uma tentativa de conseguir ajudar no planejamento do custo da assistência foi difícil, porque o resultado era a longo prazo, médio e longo prazo. Não dava para ter um resultado a curto prazo para dizer - olha, o "Caminhando" tem 1000 pessoas caminhando; dessas 1000 pessoas, com o projeto "Caminhando para a Saúde" só 20% foram fazer exames e receber atendimento. Não tinha como fazer isso, porque a gente não tinha nenhum elemento para fazer isso, não tinha ferramentas para fazer. Então, vender e convencer foi difícil e aí eu, estrategicamente dentro da Secretaria da Saúde e, provavelmente o sujeito 1, fez isso, porque nós éramos diretores na época; fez isso no Esporte, na Cultura e no Lazer para dizer que esse era um projeto que politicamente pegava bem (...). Então, eu vendi no viés político, mas é claro que a minha intenção, enquanto Técnica de Saúde, como uma pessoa que trabalha com isso há muitos anos, sanitarista, eu sabia que não era isso que eu queria, mas eu tinha que vender ...	Ressalta as dificuldades enfrentadas para se "vender o peixe", ou seja, convencer o outro sobre a necessidade do projeto em questão.
	Intersetorialidade	... o que acontece, tem sempre uma fragmentação (...), não existe uma conexão entre o pensar do trabalhador da Saúde e o pensar do usuário do Serviço de Saúde, não existe isso. Esses pensamentos, eles não se cruzam em nenhum momento e eles diferem da água para o vinho. É difícil para a gente que tem bastante tempo na cidade, quando os dois grupos conseguem concordar com a mesma questão.	Demonstra a falta de comunicação entre os serviços e o usuário.
	Avaliação	O ganho mesmo para a integralidade, para ver a forma integral daquela população que usa, da população alvo, não dava para você medir em pouco tempo. Dá para medir agora; agora daria para medir, qualitativamente, quantitativamente; mas aí a gente já sabe que já está dando para medir e que também é positivo (...). Não sei, talvez as pessoas achem que avaliação é uma coisa muito complicada de ser feita, que precisa de um técnico especializado para isso. Se você for perguntar para outras pessoas, elas vão dizer - Ah!, mas é que o dia-a-dia consome a gente, então a gente não tem tempo de sentar e avaliar - Isso é um equívoco muito grande, tamanho GG, porque quando você não avalia, você não faz reflexões a respeito do seu trabalho, você não faz reflexões a respeito dos processos daquele trabalho que te fizeram chegar até aquele ponto. Se você não avalia, você não consegue corrigir a rota mesmo, você não avança. Então é assim: o "Caminhando" é um projeto que de tão bom que é, ele avança sozinho, sem nada disso. Imagina se tivesse uma avaliação consistente e se isso pudesse dar publicidade para isso tudo. Imagine que coisa linda, que coisa politicamente palatável, eu diria, e tecnicamente também, para quem trabalha no projeto e está envolvido nele, entendeu? Mas não tem avaliação. (...) Fizemos uma avaliação tipo de qualitativa mesmo, testemunhal na verdade. Não tinha nenhum dado quantitativo, do tipo quantos por cento da população, ao invés de ir quatro vezes no médico em dois meses foi uma, entendeu? Quantitativamente não dava para ver; o que nós fizemos foi testemunhal mesmo, com uma dinâmica de grupo. As pessoas falaram do projeto e da avaliação do projeto em diferentes prismas; então, foi qualitativa na verdade.	Não existe um instrumento de avaliação consistente, mas isso não quer dizer que ela não exista. Existem as avaliações setoriais, das pessoas que são as encarregadas da execução do projeto. Pode ser que essas avaliações não sejam divulgadas, ou não existam canais de divulgação dessas avaliações, muito provavelmente por não aplicarem uma metodologia consistente de avaliação, de modo que ela acaba se mostrando fragmentada e às vezes incorreta (...).

Sujeito 4 (continuação)				Considerações
Limitações / Problemas (continuação)	Avaliação (continuação)			Um exemplo disso, é a própria avaliação que o grupo de educação permanente fez e que possibilitou reflexões e conclusões a respeito do programa "Caminhando para a Saúde" no que se refere às questões da integralidade e sustentabilidade.
	Participação gestores e gerentes		<p>Então, como esses gestores vêem o "Caminhando"? Como mais uma coisa, entendeu? Não têm uma leitura real, uma leitura conceitual, não conseguem ter uma avaliação qualitativa - Ah! é bonitinho - e infelizmente é isso. (...) O jeito que você vai fazer está aqui, os princípios do projeto são esses, tem que ter um resultado ... O que você não pode fazer é boicotar o projeto, porque eu saber que você está boicotando - isso quando eu estava na gestão tá? - Eu vou saber que você está boicotando. Então, se é bonitinho tem que deixar fluir, porque se o projeto for bom, se ele se sustenta, como é o caso do "Caminhando", então, independente do encarregado daquela Unidade querer ou não o projeto, ele vai acontecer, porque o grupo é forte e esse coletivo acaba fazendo pressão em cima do encarregado (...). Imagine a (...) [encarregada de uma Unidade de Saúde] a me falar: olha, a partir de amanhã eu não quero mais esse projeto aqui, porque dá trabalho, tem muita gente, o pessoal enche muito a paciência, tem muito movimento ... Os caras vão linchar ela lá no meio do pátio, você entendeu? Isso que é legal. Até onde o gestor tem que ir: não boicotar e tem que dar as condições para o projeto seguir; se boicotar, a gente vai conversar e aí ele vai se solidificando mesmo, ele vai criando raízes e aí é qualquer um. Se a (...) [encarregada de uma Unidade de Saúde] sair daqui, estou usando a (...) [encarregada de uma Unidade de Saúde] como exemplo, mas se os encarregados dessas Unidades saírem na virada de gestão, o que é possível, o que chegar não consegue tirar o projeto.</p>	Concorda com o relato do sujeito 1. Refere-se à participação comunitária, ao coletivo forte, indicando o quanto isso pode inferir para uma prática com sentido e significado.

Sujeito 4 (continuação)			Considerações
Aspectos positivos	Possibilidades sustentabilidade	<p>Uma das bases da sustentação é a integralidade (...), projetos como o "Bem Nascer" e o "Caminhando" se sustentarem. Um dos princípios é realmente a integralidade: se você tem integralidade em qualquer projeto, ele consegue se sustentar e a integralidade aliada ao baixo custo mesmo do projeto. Não precisa de grande material, não precisa de grande investimento, mas ele traz resultado e as pessoas sentem e o Sistema de Saúde sente. (...) Do jeito que o "Bem Nascer" foi concebido e o "Caminhando" foi concebido, isso há dez anos atrás e o "Caminhando" há quatro, ele não é como ele é hoje; é isso que dá o dinamismo, tem que modificar mesmo. Ele não pode é se desestruturar, de não ter os recursos mínimos necessários para continuar, porque aí é uma judiação, porque você mata o projeto. Mas se tiver os recursos mínimos necessários, ele vai mudando e ele vai se consolidando; isso que é interessante. Na medida em que ele consegue se consolidar, nunca pode acabar, porque ninguém consegue matar. Tira os recursos do "Bem Nascer", tira hoje os recursos e o financiamento do "Caminhando", vê o que acontece na cidade ... O pessoal vai falar com o Prefeito e vai mesmo, porque naquela época da mudança da gestão, que eu não conseguia dar nenhuma resposta, a única resposta que eu dava, era mais coerente possível naquela época - só acaba se você deixarem - era a resposta, não tinha outra resposta para dar - não, nós vamos continuar sem monitor, nós vamos falar com o S. João [Prefeito] e tal - O grupo, em diversos pontos da cidade, tinha essa fala, se mobilizava assim - nós não vamos deixar acabar, nós vamos falar com o Prefeito - e depois de três anos, onde a Unidade já sente um resultado prático do projeto e a população também, é muito mais difícil agora você não dar as condições mínimas para ele continuar. Eu acho que aí já é uma burrice política.</p>	<p>Os programas acabam sendo reconhecidos quando suprem as deficiências do setor. Então, o "Caminhando para a Saúde" tem como pontos positivos muitas das deficiências/necessidades do Sistema Público de Saúde (um exemplo disso está no relato dos resultados, quando o sujeito se refere ao fato de que as pessoas acessam menos a Unidade, marcando menos consulta médica). Ressalta o quanto isso pode ser significativo para aquela população, bem como a importância do vínculo no coletivo, relacionando-o com a sustentabilidade e a integralidade.</p>
	Promoção da Saúde	<p>É uma conclusão bárbara de se chegar, porque significa que a promoção e a prevenção dão certo. É diferente de só dar assistência e só trabalhar a doença. Tem que trabalhar a questão da promoção, tem que promover a saúde; não é só cuidar daquilo que já estragou, que é o processo da doença; então eu tive esse retorno e foi muito legal.</p>	<p>Relato importante para a questão da Promoção da Saúde</p>

Sujeito 4 (continuação)				Considerações
Aspectos positivos (continuação)	Resultado		Em Santo André, quais são os projetos que vocês consideram que atendam o princípio da integralidade - que é um dos princípios do SUS - onde a atenda à questão do acesso e da Promoção da Saúde (...)? Ficaram dois: o "Bem nascer" e o "Caminhando para a Saúde" (...). Uma das coisas que o grupo me trouxe é que é um projeto muito sustentável, de baixo custo, que envolve as pessoas, e que ele é um projeto que faz com que a gente tenha possibilidade de perceber esse impacto do ponto de vista da assistência, da produção de cuidado da saúde, porque os idosos e as pessoas que freqüentam o "Caminhando", elas acessam menos a Unidade de Saúde com solicitação de consulta e exames. Diminuiu bastante, eles sentem isso, o grupo me trouxe há 15 dias atrás; quer dizer, eu tive uma avaliação qualitativa do projeto à distância, porque não foi uma Unidade, lá tinham representantes de 6 Unidades de Saúde. Todos foram unânimes em dizer, porque eles reconhecem que as pessoas acessam, procuram menos a Unidade em busca de consulta e exames (...) De que jeito as pessoas sentem? Porque conseguem perceber uma melhora na qualidade de vida, a pressão já não fica tão alta, a glicemia também já não sabe tanto; elas recebem a atenção que elas precisam na hora da caminhada, a orientação necessária para isso, e aí elas conseguem ver que existe um ganho real na vida, na qualidade da sua saúde e a Unidade percebe.	Indica que alguns aspectos são importantes na visão dos trabalhadores da Saúde, para se tornar um projeto importante para a Saúde.
	Acesso		Em Santo André, quais são os projetos que vocês consideram que atendam o princípio da integralidade - que é um dos princípios do SUS - onde a atenda à questão do acesso e da Promoção da Saúde (...)? Ficaram dois: o "Bem nascer" e o "Caminhando para a Saúde" (...).	
	Vínculos		Isso tem um ganho secundário, que é a questão da socialização: eles não só caminham juntos, eles fazem atividades de lazer em conjunto, porque isso na verdade é um trampolim para esses grupos se socializarem, se organizarem e fazerem outras atividades de lazer; aí envolve os passeios, as viagens, as visitas culturais. (...) O "Caminhando" é um dos projetos onde os grupos concordam, eles conseguem reconhecer no coletivo que houve ganho, isso que é o bacana, porque da mesma forma que os usuários reconhecem isso, a Unidade já começa a reconhecer que o usuário procura menos para consulta (...). O "Caminhando" deu sorte, porque foi significativo para aquelas pessoas (...); eles já tinham formado esse vínculo no coletivo - Não, aqui não vai acabar, se não tiver orientador - que era o monitor que orientava as caminhadas - a gente vai continuar caminhando, independente da Prefeitura pagar ou não um monitor, do projeto terminar ou não (...) O grupo considerou o projeto significativo para eles, para a vida deles, para a condição de saúde deles, para a qualidade de vida deles e tomou uma decisão no coletivo. Eles tinham já feito um vínculo, um vínculo de grupo.	Sugere como ganho secundário: socialização, lazer e cultura. O grupo considerou o projeto significativo para ele, para a vida de cada um deles
	Participação comunitária	Canal direto	... independente do encarregado daquela Unidade querer ou não o projeto, ele vai acontecer, porque o grupo é forte e esse coletivo acaba fazendo pressão em cima do encarregado (...).	Destaca o valor e papel do grupo como unidade de reivindicação.

Sujeito 4 (continuação)			Considerações
Política Nacional de Promoção da Saúde	Aspectos positivos (continuação)	Integralidade	<p>Então, a gente fala muito do SUS no processo "saúde-doença" e a gente fala muito da questão da integralidade (...); a gente tem um foco, mas qual que é esse foco? Que essas pessoas tenham instrumentos para poder trabalhar as questões relacionadas à área da Saúde da população, promoção, prevenção e assistência, de uma forma bastante organizada e segura. (...) Uma das bases da sustentação é a integralidade (...), que é um dos princípios do SUS (...). Isso tem um ganho secundário, que é a questão da socialização: eles não só caminham juntos, eles fazem atividades de lazer em conjunto, porque isso na verdade é um trampolim para esses grupos se socializarem, se organizarem e fazerem outras atividades de lazer; aí envolve os passeios, as viagens, as visitas culturais (...). Quando a gente fala em projeto de promoção e prevenção, na questão do lazer, na questão das atividades físicas mesmo, a gente nunca pode esquecer que a pessoa é um todo, ela tem que ser ouvida, isso tem que ser significativo para aquela população. (...) Com a educação permanente, a gente está investindo muito nisso, de fazer essa reflexão, de tornar o serviço (entre aspas) sem vida, em serviços vivos e só assim a gente consegue fazer uma malha mesmo de atenção em saúde, de cuidado em saúde, uma malha que não tem interrupção. Então, vai para a Unidade, se precisar vem para cá e daqui, se precisar de internação, vai para o CHM. Isso é dar uma atenção, é produzir um cuidado integral. É claro que a promoção é a prevenção. Aí entra muito a atividade corporal: ela nunca pode não fazer parte dessa malha de cuidados; ela tem que fazer parte dessa malha de cuidados, porque isso que vai ser o equilíbrio do sistema, porque quanto menos gente doente, do ponto de vista do financiamento, vai se gastar menos, é uma questão só matemática, de equacionar isso. Quando você fala de malha ininterrupta, de atenção à Saúde, não é só a atenção básica, especialidade, o pronto atendimento, um hospital, a promoção e a prevenção têm que vir junto e aí a questão da atividade corporal tem que vir junto com essa prática, porque é o que vai dar o equilíbrio do sistema, o equilíbrio do ponto de vista financeiro ... Eu acho que tem que pensar nisso, é a promoção mesmo da qualidade de vida, a promoção da Saúde.</p>
	Conhecimento		<p>Não, na verdade eu nem sabia que existia. Porque intrinsecamente ele está, ela é uma das coisas que as pessoas precisam fazer, isso aí está, na verdade, assim ... Se ela existe, você está falando que ela existe e eu acredito em você. Gente, é uma total incoerência existir uma Política Nacional de Promoção da Saúde, é a mesma coisa do que falar para um padeiro da padaria - olha, você tem que fazer pão. É uma coisa estranha de ouvir, é uma coisa para mim incoerente, engraçada, me soa como incoerente.</p>
	Ações da rede básica		<p>Olha, tem o "Caminhando", tem aqui o "Centro de Fortalecimento Muscular", que estão funcionando, mas eu não tenho nenhum retorno desses centros, na rede de urgência; a gente começou há três anos a prática de Lian Gong e de ginástica laboral nos Serviços de Urgência (...). Desde 2005, a gente tem a ginástica laboral, mas é para os trabalhadores, duas vezes por semana em todos os PAs, o PA Luzita, o PA Gangú e o PA Central. Então, tem um professor de Educação Física que ficou durante dois anos fazendo ginástica laboral e tem uma Terapeuta Corporal que também desenvolve o Lian Gong; então, são atividades corporais mais ligadas à área de relaxamento mesmo, a questão das LERS.</p>
			<p>Indica a necessidade de um cuidado integral, com uma rede de atendimento viva, na qual a prevenção e a promoção fazem parte (incluem-se aqui as Práticas Corporais). Considera que uma malha ininterrupta de atenção à saúde não diz respeito somente à atenção básica; engloba também a promoção e a prevenção, novamente incluindo-se as Práticas Corporais como equilíbrio do sistema. No entanto, parece haver uma confusão conceitual entre promoção e prevenção.</p>
			<p>As práticas no Serviço de Urgência não integram uma política da Secretaria de Saúde.</p>

Sujeito 4 (continuação)			Considerações
Política Nacional de Promoção da Saúde (continuação)	Ações de aconselhamento e divulgação	<p>Eu não sei como eles fazem esse tipo de abordagem com população. Eu não sei nas Unidades, o que eu sei é que a Secretaria da Saúde está investindo muito nessa questão; isso é um dos objetivos desse trabalho com a ENSP/FIOCRUZ, para dar ferramenta para esse trabalhador da Saúde abrir um pouco mais esse canal de comunicação entre o trabalhador, Serviço de Saúde e população (...). A gente está focando muito isso, abrir esse canal de comunicação, abrir a escuta, trabalhar o aconselhamento, se aproximar dessa população, se aproximar dos problemas; então, todo o conteúdo é em cima disso. A gente está investindo muito nisso, do ponto de vista de realmente fazer as provocações para esse grupo de trabalhadores, refletir junto, refletir as práticas que eles têm sentido, fazer essas reflexões em cima do que é a prática ideal, porque se não a gente trabalha na banalização mesmo (...), que eu acho que dá brilho no olho de qualquer gestor e de quem defende a Saúde Pública e eu sou uma das defensoras da Saúde Pública, é sentir o serviço ser vivo, não é morto.</p>	Relata a preocupação da Secretaria de Saúde em abrir um canal de comunicação entre o trabalhador da Saúde e a população.
	Ações de intersetorialidade e mobilização de parceiros	<p>A Prefeitura de Santo André, nesse ano, fez convênio com a ENSP - Escola Nacional de Saúde Pública e a FIOCRUZ para desenvolver todo um processo de um curso de facilitadores de educação permanente, que é um projeto do Ministério da Gestão do Trabalho. Eu sou tutora desse projeto e a cidade tem 10 tutores. Cada tutor recebe treinamento específico e cuida de 20 facilitadores, que são vinte funcionários da rede de Saúde de Santo André. Esse curso de educação permanente é um curso à distância; então, todos os conteúdos a gente trabalha pela Internet, em um ambiente virtual que a gente chama de AVA. Aí o que acontece? Esse grupo se encontra, sou tutora/orientadora desse grupo de vinte pessoas, e é muito heterogêneo; então, tem representantes de todos os segmentos, de todas as áreas da Saúde. Então, tem do hospital, no meu grupo, tem gente da Unidade Básica de Saúde, gente do gabinete ... Então, é assim: é um grupo heterogêneo que dá muita riqueza na discussão. E um dos módulos que a gente está trabalhando é o módulo da gestão no contexto da Saúde (...) que elas são pouco utilizadas, existem potencialidades e às vezes a potencialidade é focada nas pessoas (...); tem determinada pessoa que naquele Departamento é a pessoa de cabeça aberta, que tem mais condição de escutar, de discutir um projeto, que não olha só o seu próprio umbigo; então, sai um trabalho legal. Mas a gente que trabalha na Prefeitura é assim: a gente está aqui e amanhã a gente está lá. A gestão é muito focada nas pessoas aqui em Santo André, eu acho; não é uma política. Então, essa questão da intersetorialidade acaba sendo prejudicada aí, porque não existe a política, existe a pessoa. Se a pessoa não está, não acontece e é ruim isso.</p>	
	Ações de monitoramento e avaliação	... mas não tem avaliação ...	

Sujeito 4 (continuação)				Considerações
temas Outros	Atividade Física X Práticas Corporais		... é deixando esses atores, dando as condições de retaguarda, porque envolve a produção de cuidado, isso é o nosso dever: ter o médico, ter vacina, ter remédio, ter o exame, isso é nosso dever enquanto Estado, leia-se Município. Esse é nosso dever, mas a questão da promoção e prevenção, tem que ser criativa, você tem que sentir essa população e aí é que está (...)	Destaca que a promoção e prevenção precisam ser criativas, aproximando-se do campo da Saúde Coletiva.
	Organização (Sist. de saúde)	Desenho organizativo	A gente trabalha como um modelo, Modelo de Atenção à Saúde. O que é o modelo? É uma coisa já pronta (...); modelo são normas e regras, você fazer isso, aquilo e aquilo tal, tal, tal; a gente tira toda a capacidade da Unidade de Saúde, da rede, de ser criativa. Então, hoje a gente não discute mais modelo, na visão do SUS, a questão da gestão do SUS; a gente está falando de desenhos organizativos da Saúde e cada um tem o seu. Então, por exemplo, nós temos uma rede de Unidades de Saúde que eu não sei nem quantas Unidades tem, mas eu imagino que são umas trinta vai, uns trinta Serviços de Saúde. Não dá para implantar um modelo nessas trinta [Unidades], cada um vai ter que achar o seu caminho, e a gente vai ter que dar ferramentas, elementos, subsídios e apoio para que aquela Unidade faça o seu próprio desenho organizativo de Saúde. É claro que tem alguns quesitos básicos, que a gente tem de prover: a questão dos exames por imagens, a análise de laboratórios ..., tudo isso sim, eu acho que a gente tem que dar conta, mas como essa Unidade vai acessar a população e envolver essa população, aí é um desenho organizativo (...) Não existe modelo, nós estamos tentando derrubar a tese do modelo; agora é desenho organizativo. Lá na Gerência I pode ser uma estrelinha, aqui pode ser um sol; é o desenho de acordo com a população que acessa aquele serviço. Acho que é isso. A gente, enquanto gestão municipal mesmo, a gente tem que promover essas coisas, dar assistência, dar recurso, dar condição melhor possível, na medida do possível, mas na questão da promoção e prevenção tem que ser muito ligada às características daquela população.	Há que se considerar os desenhos organizativos de Saúde como análogos ao desenho do "Caminhando para a Saúde", ou seja, cada UBS tem o seu. Essa forma de organização incentiva a criatividade (Saúde Coletiva).
	Prevenção de doenças		... a consulta que é um grande problema, porque tem a questão das Unidades que não têm clínico, não têm muita consulta na clínica médica para oferecer para a população; é sempre insuficiente para a demanda da população e o projeto acabará sendo reconhecido por isso, porque promovendo qualidade de vida, ele economiza em consulta médica, ele economiza na assistência (...); o que te bate na porta e você tem que dar a resposta imediata é a doença, é a assistência, é a produção de cuidados; isso sempre é prioridade, é claro. Se chega alguém aqui nesse PA, nesse Pronto Atendimento, e diz "tá doendo", não adianta você falar - olha, vai caminhar - ele tem que ser medicado e tem que ser assistido, ele tem que ser atendido. E se você não consegue dar esse atendimento, vira um caos, porque está com dor - me deixou 5h com dor - isso é um caos. Então, isso acaba politicamente trazendo muitos problemas, do ponto de vista político e do ponto de vista também da assistência em Saúde. Não pode, claro que não (...) Infelizmente, a assistência tem essa prioridade. Infelizmente não, é necessário, mas é uma prioridade; o cobertor é curto. Então, o que é prioritário é a assistência; então vamos lá.	O relato do sujeito exemplifica o reconhecimento do programa por suprir deficiências, apontando a assistência como prioridade (está de acordo com o relato do sujeito 5).

Sujeito 4 (continuação)				Considerações
temas Outros (continuação)	Escolha das práticas		O projeto no Serviço de Urgência se chama "Pausa Saudável". Eles precisam parar mesmo, porque ninguém agüenta trabalhar num plantão de 12h "adrenalizados", com a adrenalina lá em cima; eles têm que ter essa pausa. Vendo a população alvo, sentindo as necessidades, a gente acabou implantando nos Serviços de Urgência a "Pausa Saudável". Essas três modalidades de atividade corporal, que é para o funcionário, não é para a população em geral (...), a gente teve também outra análise, o adoecimento desses trabalhadores...	O projeto citado pelo sujeito - "Pausa Saudável"- não faz parte do projeto "Lazer e Saúde", mas é uma das maneiras de se pensar a implementação das Práticas Corporais junto do Sistema Público de Saúde.

Sujeito 5				Considerações
Projeto "Lazer e Saúde"	Objetivos	Caminhando para a Saúde	Eu vejo como uma prioridade (...), porque a gente tem que recarregar. Todo mundo tem problema, mas eu acho que nessa população que a gente atende, os problemas acabam sendo potencializados pela dificuldade financeira, pelas organizações familiares. Então, tem que ter um grupo, tem que ter um espaço para você, para você cuidar da sua vida, da sua saúde, se não, eu acho que as pessoas não agüentam. Eu acho que tem que começar por aí (...). Eu acho que devia ter bons funcionários para investir nisso, não só nessa questão física, mas naquilo que você colocou, de reflexão mesmo, de cidadania sobre a vida, sobre as pessoas, sobre a cidade, sobre o mundo e eu acho que aqui seria um espaço legal para isso.	US como espaço privilegiado para as práticas corporais. É uma prioridade esse tipo de investimento - Tem que ter o grupo, um espaço para você cuidar da sua vida e da sua saúde - Reflexão, cidadania.
			Que eu me lembre não [outras ações da rede básica de saúde], porque é o que a gente sempre fala: a gente se conversa pouco, sabe pouco dos outros departamentos...	
			Eu até entendo a coisa da dificuldade que a gente tem do ônibus para passeio, a dificuldade do monitor...	
Limitações / Problemas	Interse- tualidade			
	Espaço / Material			
	Profissionais	Contratação	Eu vejo também que existe uma dificuldade nos profissionais. Eu não sei nas outras atividades, no Tai Chi, eu não sei como é lá no fortalecimento muscular, mas na "Caminhada" eu vejo dificuldade de um profissional. Nós temos duas; se tivessem dois monitores envolvidos, eu acho que, eu acho não, tenho certeza, que a coisa deslancharia muito mais (...). Uma outra coisa que eu acho é a presença dos Agentes, porque se for depender só do monitor, essa caminhada já não existiria mais. Porque eles conhecerem as pessoas, eu acho que acaba ficando mais fácil, acabam convidando, acabam mantendo a caminhada ativamente.	Necessidade de mais monitores para o local, em virtude da distância das moradias da população. Participação dos Agentes de saúde é importante.

Sujeito 5 (continuação)			Considerações
Aspectos positivos	Possibilidades sustentabilidade	<p>... fazer propaganda e vender o peixe e a gente também pode ajudar, na medida em que a gente briga por monitora, briga por passeio e eu não sei, é que a gente acaba meio que não acreditando que as coisas possam acontecer; então, por exemplo, no Tai Chi ou alguma outra atividade aqui, a gente nem pede, porque não vem mesmo. Acho que está começando... Eu acho que a gente enquanto Unidade, os munícipes, têm que gritar, alguém tem que ouvir lá do Departamento ou vocês, eu não sei. Eu acho que é uma sementinha; o "Caminhando", por exemplo, é uma sementinha, porque as outras pessoas na caminhada ficam sabendo de outras atividades que existem no Município e podem estar pedindo e aí a coisa vai crescendo e vai aumentando. (...) trazer mais as coisas para cá, para terem mais acesso, como a gente estava conversando aquele dia, o passeio para Santos; tem gente que nunca viu a praia, e olha o valor que isso deve ter para uma pessoa que nunca viu o mar, nunca pisou na areia, nunca entrou ali na água; então é assim, trazer mais possibilidades para as pessoas. Eu vejo como uma prioridade, porque entendendo práticas corporais não só como a atividade física, como musculação que a gente vai para academia fazer, como a caminhada, corrida... Mas eu vejo assim como um passeio no Zoológico, como uma atividade intelectual e afetiva. A gente não é só o orgânico, a gente não é só o corpo; então, eu acho fundamental (...); eu vejo que existem muitas dificuldades, primeiro que aqui no Município não é prioridade, fico até feliz, porque eu acho que nunca foi (...), mas a impressão que eu tenho é que nunca se investiu tanto nessa coisa de fortalecimento muscular aqui no CESA. A gente tem aqui dois grupos de caminhada; há quatro anos não tinha nada; então, eu acho que essa coisa está crescendo. O espaço que Santo André tem muitos parques legais; então, em pouco tempo a coisa deslanchou bastante.</p>	<p>Visão do futuro, mas ainda é muito cética. Acha importante o acesso e se preocupa com isso. Agrega muito valor aos passeios, pois traz mais possibilidades - É prioritário, porque entende que as questões de sociabilidade, grupo, são muito importantes para a saúde das pessoas que vivem naquele lugar - Tem a percepção da diferença entre práticas corporais e exercício físico.</p>
	Resultado	<p>... eu também não vejo a alteração no peso, eu acho que é muito pouco, mas o que eu vejo é uma maior aderência ao tratamento medicamentoso, ao acompanhamento mesmo. Acho que de tanto a gente falar sobre o controle, as pessoas vão introjetando essa coisa que tem que tomar medicação, que tem que fazer dieta, que tem que fazer atividade física. A gente tem menos problemas com essas pessoas ou se elas têm algum problema, acho que elas resolvem melhor. Então, a gente tem uma interação muito melhor e maior com essas pessoas. Eu acho, também, que essa coisa do grupo é super importante. Aqui é uma área onde as residências são muito distantes uma das outras; então, elas acabam fazendo amizades e é um bom motivo para sair de casa. E ainda tem um dado, elas adoram festa, bingo e elas acabam sendo um pouco a nossa referência.</p>	<p>Aderência ao tratamento medicamentoso está de acordo com a fala do sujeito 4. Destaca a sociabilidade, importância do grupo, do sair de casa, do viver, da autonomia na resolução dos problemas.</p>
	Acesso	<p>aqui seria um espaço legal para isso.</p>	<p>Entende a US como espaço privilegiado para a reflexão sobre a vida, cidadania, sobre as pessoas, sobre a cidade. Um lugar interessante para se pensar a integralidade. Está de acordo com o relato do sujeito 4.</p>

Sujeito 5 (continuação)				Considerações
Aspectos positivos (continuação)	Vínculos		Então, tem que ter um grupo, tem que ter um espaço para você, para você cuidar da sua vida, da sua saúde, se não, eu acho que as pessoas não agüentam (...). Eu acho que as pessoas acabaram se vinculando muito mais (...). A gente conhece melhor as pessoas, porque elas estão aqui segunda, quarta e sexta de manhã; qualquer coisinha elas vêm procurar a gente e também a gente as conhece melhor (...); elas acabam sendo um pouco a nossa referência. Quando você tem que fazer um grupo, quem você pensa em chamar? A "Caminhada". Vai ter que vacinar os idosos, em quem você pensa? A "Caminhada". Então, eles acabam sendo o catalisador, até para divulgar alguma coisa, fala com o pessoal da "Caminhada". Eu vejo que o vínculo afetivo entre as pessoas é importante até para manter a caminhada.	A US acaba tendo o grupo da caminhada como referência para as suas atividades diárias, e como diz o sujeito 4, montar o seu desenho organizativo de saúde.
Política Nacional de Promoção da Saúde	Ações da rede básica		Não me lembro. Eu sei que uma Unidade tinha auto-massagem, uma Unidade até que eu trabalhava, Palmares, fui eu que levei, mas eu não me lembro de outras coisas. Não é que eu não me lembro, eu não sei. Talvez a educação faça alguma coisa, até para funcionários, não sei. A Saúde não tem ginástica laboral? Acho que tem, mas eu não sei de mais. Tai chi. Começou com Tai Chi ou começou com ginástica laboral e passou para Tai Chi, uma coisa assim...	
Outros temas	Atividade Física X Práticas Corporais		entendendo Práticas Corporais não só como a atividade física, como musculação que a gente vai para academia fazer, como a caminhada, corrida...Mas eu vejo assim como um passeio no Zoológico como uma atividade intelectual e afetiva. A gente não é só o orgânico a gente não é só o corpo...	Distinção entre práticas corporais e atividade física
	Escolha das práticas		Eu acho que o "Caminhando", porque caminhar é acessível a qualquer pessoa, a qualquer faixa etária, a qualquer classe social; é mais barato talvez; não tem contra-indicação, ou pouquíssimas contra-indicações. Agora as outras, eu imagino que seja uma questão de bem-estar, não só orgânico, mas espiritual e mental.	Relata o acesso a qualquer pessoa, o que está de acordo com o relato do sujeito 1.

Sujeito 6				Considerações
Limitações / Problemas	Intersetorialidade		<p>Hoje eu tenho dificuldade de falar com outros departamentos. Lazer, por exemplo, eu não sei quem é a pessoa de referência; eu não sei quem é a pessoa de referência no Serviço Social; a gente fica fechado na Saúde. Por exemplo, o Lazer faz atividades que poderiam ser passadas para nós e que a gente poderia divulgar para esse grupo participar também. O Parque Escola tem cursos gratuitos, coisas muito legais que a gente não tem como divulgar, porque a gente não sabe. A comunicação não é muito bem feita. Acho que a gente tem um problema de comunicação.</p>	<p>Relata dificuldades de relacionamento com outros Departamentos e outras Secretarias.</p>
	Avaliação		<p>Não é feito um estudo indicativo mostrando para nós, encarregados, que esse programa teve um impacto. Que nem na epidemiologia: você põe uma vacina, avalia, mostra o resultado. O que acontece, você põe um programa, não faz o monitoramento, não tem uma tabulação, não tem uma avaliação, então é assim ou ele cai... A gente sabe que implantar não é difícil, o difícil é supervisionar e manter o programa. Então, eu acho que o que falta é isso, o que falta é a gente saber resultados: eu sei o resultado da minha Unidade, mas eu não sei das outras. Eu acho que tem que compartilhar o que eu tenho com as outras Unidades. De repente, se você pega um grupo de monitores e vem aqui com a (...) [monitora da caminhada] para ela ensinar o olhar, treinar, mostrar o que é uma extra-sístole, o que é uma arritmia, qual foi a experiência dela nessa Unidade com relação à conversa com clínico, como ela conseguiu esse tipo de relacionamento, a experiência dela; então isso é o que eu acho que falta, para adquirir mais confiabilidade mesmo.</p>	<p>Compara a avaliação do projeto "Lazer e Saúde" com a avaliação em epidemiologia.</p>
	Profissionais	Formação	<p>Eu acho que o maior risco é você ter um monitor não orientado adequadamente; por exemplo, eu só vim pegar atento a isso quando veio a (...) [monitora da caminhada] para cá, que em uma caminhante, ela pegou uma paciente com extra-sístole. Hoje em dia, a gente sabe que não é todo o monitor, não é todo o educador físico que tem esse olhar. Ela tem essa percepção por causa da experiência anterior dela; então, eu acho que ao mesmo tempo em que é uma coisa boa, que pode proporcionar saúde, pode prejudicar o paciente, que pode ter uma hipertensão andando, ele pode puxar demais. Eu acho que o maior problema é o monitor não ser adequadamente, não sei se treinado ou preparado para desenvolver esse tipo de atividade. É diferente de você ser pessoal; é diferente de você estar numa academia, em que as pessoas são jovens e têm problemas mais amenos que uma pessoa que é sabidamente hipertensa, sabidamente diabética, que já tem patologias crônicas instaladas. Eu acho que o problema está aí: você não ter um monitor que esteja mais perceptível a esses problemas, como se caminhar fosse - "puxa, vamos andar, vamos andar, vamos andar" - não é por aí.</p>	<p>O grande problema que ela aponta está na formação profissional, no olhar mais "clínico" do monitor. Enfatiza muito a doença.</p>

Sujeito 6 (continuação)			Considerações
Aspectos positivos	Resultado	A caminhada reabilita a pessoa não só fisicamente, mas socialmente também; ela começa a fazer parte de um grupo.	Visão não só dos benefícios biológicos, mas também se refere à formação de um grupo social.
	Acesso	... o que eu percebi foi que a preocupação dessa Secretária é melhorar o acesso à Saúde. E quando ela fala em acesso, ela não fala só em acesso à agenda de consulta ou de procedimentos, mas ela fala de acesso aos diversos modos de saúde; um deles é essa questão da caminhada.	
	Vínculos	O bom é o vínculo que essas pessoas fazem com a Unidade, mesmo não sendo o usuário da Unidade; elas se apropriam do espaço, do equipamento, elas reconhecem o Serviço Público de Saúde como uma opção, uma oferta mesmo que ela tenha o convênio particular (...). A Unidade não tem condição de sair e fazer o vínculo; a gente faz vínculo quando o usuário vem até a gente e não é com todos, porque não são todos que eu consigo abordar. Passam 500 pessoas nessa Unidade por dia mais ou menos e eu não consigo conversar com essas 500 pessoas. Você faz vínculo só com aquelas que têm problemas. É diferente do vínculo da monitora que tem aquele grupo, que mostra a Unidade; o grupo chama a gente e até surge a oportunidade de fazer um grupo gerontologia.	É um contra senso no meu entendimento, elenca o vínculo como uma questão positiva, mas diz que a Unidade não tem condições de fazer o vínculo, pois este é estabelecido apenas com quem tem problemas e procura a Unidades com maior regularidade.
Política Nacional de Promoção da Saúde	Conhecimento	Não profundamente.	
	Ações da rede básica	Houve uma época em que algumas pessoas foram capacitadas, posso até está falando besteira, para Lian Gong ou alguma coisa assim; não eram pessoas educadoras físicas.	
	Ações de aconselhamento e divulgação	Não tenho conhecimento.	
	Ações de intersetorialidade e mobilização de parceiros	Acho muito difícil [apontar alguma ação de intersetorialidade]. Ainda imperam os médicos e as enfermeiras. Por exemplo, eu preciso de uma Assistente Social, mas hoje eu tenho uma Educadora Física que consegue conversar com o médico. Ainda está um pouco engatinhando...	Aponta para um sistema essencialmente apoiado no médico.

Sujeito 6 (continuação)				Considerações
Outros temas	Atividade Física X Práticas Corporais		<p>... pode prejudicar o paciente, que pode ter uma hipertensão andando, ele pode puxar demais. Eu acho que o maior problema é o monitor não ser adequadamente, não sei se, treinado ou preparado para desenvolver esse tipo de atividade. É diferente de você ser personal; é diferente de você estar numa academia, em que as pessoas são jovens e têm problemas mais amenos que uma pessoa que é sabidamente hipertensa, sabidamente diabética, que já tem patologias crônicas instaladas. Eu acho que o problema está aí: você não ter um monitor que esteja mais perceptível a esses problemas, como se caminhar fosse - "puxa, vamos andar, vamos andar, vamos andar" - não é por aí (...). De repente, se você pega um grupo de monitores e vem aqui com a (...) [monitora da caminhada] para ela ensinar o olhar, treinar, mostrar o que é uma extra-sístole, o que é uma arritmia, qual foi a experiência dela nessa Unidade com relação a conversa com clínico, como ela conseguiu esse tipo de relacionamento, a experiência dela; então, isso é o que eu acho que falta, para adquirir mais confiabilidade mesmo.</p>	<p>Acha importante a formação do profissional que tenha uma boa percepção nas questões orgânicas do indivíduo – exalta o relacionamento com o médico e sugere que isso qualifica o trabalho.</p>
	Prevenção de doenças		<p>A caminhada reabilita a pessoa não só fisicamente, mas socialmente também; ela começa a fazer parte de um grupo. Quando você está na terceira idade e esse grupo está basicamente voltado para as pessoas que estão na terceira idade, significa depressão, ou problemas desse tipo. Quando você tem uma pessoa que faz parte desse grupo, você a reabilita socialmente; então, acho que nesse sentido as Políticas de Saúde Pública ela deixa de ser curativa - PA, hospital, cirurgia - aquela coisa desenfreada e começam a pensar em reabilitação, que é terciária; começam a pensar na prevenção, que é não permitir que essa pessoa tenha uma depressão. Um exemplo que nós temos aqui é a própria monitora, caminhante como eu falo, que percebe uma pessoa que tem um potencial para a depressão profunda, que já tentou se matar, ela tem esse feeling. Eu acho que isso é muito legal, é uma experiência muito positiva.</p>	<p>Se utiliza da palavra "reabilitação" que nos remete à questão da assistência curativa, apesar de estar se referindo à questão da prevenção, ainda que o seu enfoque seja a doença.</p>
	Intersetorialidade	Entendimento	<p>Eu acho fundamental [a intersetorialidade]; é como aquele velho ditado: cada macaco no seu galho. Eu não posso dar uma prática que eu não sou conhecedora, eu preciso do outro profissional; como vai chegar um ponto que o outro precisa de mim e que vão precisar de outros. Acho fundamental isso. Hoje em dia confundem muito o "multi", como se cada um pudesse exercer a prática do outro. Não é isso. Na verdade, é pegar um único indivíduo e ver ele como um todo, com diversos olhares de profissionais diferentes.(...) É precário [como ela enxerga a intersetorialidade]</p>	<p>Embora ache importante a intersetorialidade, confunde com multi-profissional. Apesar de dizer que o indivíduo deve ser entendido como um todo, deixa transparecer que cada profissional deve olhar o "seu pedaço" do todo.</p>

Sujeito 7				Considerações
Limitações / Problemas	Intersetorialidade		Sabe que eu pensei numa coisa, (...), quando eu vim para essa Unidade, eu comecei a questionar muito a questão dos profissionais, tanto dos médicos, quanto da limpeza, quanto da enfermagem, quanto da recepção administrativa. Eu via muito setorizado: eu sou da enfermagem, eu sou da recepção... e não havia um envolvimento maior. Eu acho que em uma Unidade isso não funciona. Você tem que ter envolvimento, você tem que ter a postura profissional de chegar para o médico e dizer: olha, doutor, isso não pode acontecer (...). A Secretária da Saúde, na verdade, não quer que a gente fique fixando as coisas na parede, por causa de poluição visual; então, a minha intenção era fazer lá fora. Mas você viu a cobertura linda e maravilhosa que eles fizeram lá? Quando chove, molha tudo em volta; mas se tivessem feito uma cobertura decente, eu acho que eu poderia aproveitar muito bem esse corredor para fazer uma divulgação.	Fica evidente um problema intersetorial, pois a cobertura do corredor não ficou satisfatória no olhar dos profissionais que trabalham na Unidade de Saúde.
	Divulgação		A Secretária da Saúde, na verdade, não quer que a gente fique fixando as coisas na parede, por causa de poluição visual; então, a minha intenção era fazer lá fora. Mas você viu a cobertura linda e maravilhosa que eles fizeram lá? Quando chove, molha tudo em volta; mas se tivessem feito uma cobertura decente eu acho que eu poderia aproveitar muito bem esse corredor para fazer uma divulgação.	
	Espaço / Material		O local do alongamento é aberto, não tem cobertura, não tem nada; então, isso também inibe um pouco os funcionários.	
	Participação gestores e gerentes		Isso aí é uma coisa que eu penso que não acontece pelo fato de eu não estar aqui, de não ter uma pessoa que assuma essa parte. Eu não posso dizer que eu posso assumir, porque no momento que eu chego na Unidade já tem três me esperando para conversar. Então, eu a acabo apagando fogo lá, apagando o fogo aqui, apago lá, apago lá, lá, e vou indo. Quando vou ver, já são 10h da manhã e o pessoal da Caminhada já se foi. Eu gostaria muito, muito mesmo, que tivesse uma pessoa que se comprometesse em fazer isso, uma pessoa da enfermagem e, se fosse melhor ainda, uma enfermeira que tivesse esse compromisso, só que não tem. Eu sou enfermeira, mas eu também sou encarregada; então, eu sinto falta disso.	Considera os problemas na estrutura do atendimento que inviabilizam a melhora do trabalho de práticas corporais. Idealiza uma estrutura com a participação de uma enfermeira, o que pode sugerir um enfoque na prevenção de doenças e não na Promoção da Saúde.

Sujeito 7 (continuação)				Considerações
Limitações / Problemas (continuação)	Co-responsabilidade		De manhã, as meninas estão na coleta de exames de sangue. Infelizmente, a gente tem que dar prioridade para a população, porque estão em jejum. Então de manhã, eu não tenho como tirar duas funcionárias para fazer o alongamento e a Pausa Saudável. Se tiver fila em algum dos cantos e um paciente meio grosso ver isso, na certa vai ter reclamação, porque ele entende que elas estão “batendo papo”. Eles não vão entender porque que não se pode fazer o atendimento primeiro e depois ir lá. Infelizmente, a população daqui é muito complicada.	Faz referência a uma cultura da prevenção e da assistência à saúde, o que dificulta a ação da Promoção da Saúde
	Vínculos		Nós temos a reunião técnica na última sexta-feira de cada mês, mas a partir do ano que vem eu estou pensando em pegar outro dia, vamos supor a última quinta-feira do mês. Aí a (...) [monitora da caminhada], que é funcionária daqui também, eu pediria para ela também estar participando. (...) Eu acho que a Pausa Saudável também vai levar um tempo, mas eu acho que elas [funcionários da Unidade], sentindo o benefício que vai trazer, eu vou conseguir que elas comecem a participar da Caminhada. É lento? É lento, mas eu estou pensando em ir por esse caminho, mudar a reunião para quinta-feira porque o (...) [monitora da caminhada] é funcionária, ela vai participar das reuniões junto com a gente, e assim, (...) "[monitora da caminhada] será que você poderia dar um alongamento mais tranquilo, já que todos os funcionários estão presentes?" E aos poucos, eu tenho certeza que cada uma vai percebendo que isso é benéfico. Está ficando difícil nas reuniões técnicas; então, eu vou começar a mandar os funcionários para participar do alongamento aqui na Unidade e aí eu começo a envolver. Quando era lá na Abolição e a Caminhada era no parque, eles vinham uma vez por mês só para pesar; então, a gente não tinha tanto contato. Hoje não. Hoje eles estão aqui na Unidade, terças e quintas. Eles entram e vão todos para o fundo fazer o alongamento e de lá eles saem; então, o contato é maior e isso facilita e facilita muito, principalmente para os pacientes que estão aqui aguardando uma coleta. Tem uns que vêm com a camiseta que já os identificam, é mais fácil para os pacientes e para nós também. (...) Para isso [fazer o mural], eu quero que os funcionários estejam nessas fotos, para mostrar essa Unidade à população. (...) Não estão aderindo, por isso que eu acho importante os próprios funcionários estarem participando, no sentido de animar (...). A proximidade com a população também melhora, melhora o vínculo com o paciente e através desse vínculo, a gente conhece realmente o paciente e os seus problemas.	Ressalta a estratégia de vincular a Caminhada aos funcionários, envolvendo o monitor nas reuniões técnicas. Isso faz com que se conheça melhor os pacientes e seus problemas - Foi feito um concurso de murais para a divulgação do programa "Caminhando para a Saúde" e para a apropriação de um espaço que fortalecesse o vínculo entre o programa da Caminhada e as US.
Aspectos positivos	Participação comunitária	Canal direto	Os parques estão sendo melhorados cada vez mais. No Orçamento Participativo, a gente percebe que a população pede praças iluminadas, pede segurança, para que o pessoal possa fazer a caminhada. Então, a gente percebe que isso vai acabar entrando como, não digo como uma Política de Saúde, mas como uma necessidade.	Destaca a participação comunitária nos programas de Práticas Corporais.

Sujeito 7 (continuação)			Considerações
Aspectos positivos (continuação)	Integralidade	Eu bato nessa tecla, porque existem alguns pacientes que a gente sabe que participam da Caminhada, sabe que vêm uma vez por mês para verificar a pressão, fazer o peso, controlar o destro e tudo... Mas e daí? Só fica nisso? Como é que é, por exemplo, a alimentação desse paciente? Será que ele está com uma alimentação adequada para tentar manter uma vida saudável e prolongar essa vida saudável? O que eu acho que falta da minha parte, como encarregada da Unidade, é isso. A (...) [monitora da caminhada] vem aqui fazer o peso, ela verifica a circunferência abdominal; as meninas verificam a PA; mas aí eu acho que falta uma complementação por parte da Unidade, não sei se é da minha parte como enfermeira ou da parte do médico como médico, como profissional da área da Saúde, mas eu acho que falta alguma coisa para complementar. Porque eles verificam a pressão, verificam o destro e” tchau gente, até o mês que vem”. Será que a gente não consegue juntar alguma coisa a mais com isso? Não só em relação ao pessoal que faz a Caminhada, mas em relação a tudo aqui não Unidade.	Percebe a falta de comprometimento da Unidade com os pacientes, principalmente quando se refere ao programa "Caminhando para a Saúde". Mas não sabe o que está faltando; faz referência ao médico ou a enfermeira, o que sugere ainda uma visão centrada na doença.
	Conhecimento	Eu conheço um pouco (...) (PNPS) Fica no papel	Confundi a PNPS com a Política Nacional de Saúde
	Ações da rede básica	Dentro das Unidades de Saúde, a gente tem o Programa da Pausa Saudável, mas eu não sei se são em todas as Unidades. Aqui no PA Bangu, todas as quartas-feiras tem a prática do Lian Gong. (...) Tem a prática da atividade física, do fortalecimento muscular...	
	Ações de aconselhamento e divulgação	O aconselhamento, infelizmente, é boca a boca, tanto do pediatra, quanto do clínico, quanto do ginecologista. Eu peço para estarem caminhando, porque quando o médico fala parece que é lei, principalmente a clínica da manhã, ela encaminha bastante. (...) Agora, o aconselhamento que a gente está procurando fazer é quando o paciente vem e reclama que está demorando muito a consulta com o endócrino, com o cardiologista, está demorando isso, está demorando aquilo; então a gente aproveita e pergunta: mas para que o senhor está precisando de um endócrino? Por que um cardiologista? A gente tenta pegar por aí. Tem paciente que vem aqui só para verificar a pressão e o destro - Por que o senhor está verificando a pressão? Por que está verificando destro? Vamos participar da Caminhada e vamos ver se o senhor consegue estabilizar essa pressão, estabilizar essa diabetes. Pessoas que a gente sabe que vêm na Unidade só para verificar a pressão, não têm problema nenhum, mas vêm por uma questão de solidão. Eu estou tentando fazer um boletim informativo para estar chamando a população para o Caminhando para Saúde e para uma alimentação saudável. Eu preciso ter algum jeito de fazer algum painel para mostrar isso, divulgar isso para as pessoas que não sabem que tem a Caminhada. Eu não sei se vou poder fazer dessa maneira, mas a minha intenção é colocar na parede em frente da farmácia um painel de tudo o que é saudável. Aí sim, colocar a foto do pessoal que está fazendo a caminhada, foto do pessoal que está fazendo o alongamento. Para isso, eu quero que os funcionários estejam nessas fotos, para mostrar essa Unidade à população.	Não se refere ao aconselhamento e divulgação das práticas corporais no âmbito da Prefeitura, só sabe dentro da sua Unidade
Política Nacional de Promoção da Saúde			

Sujeito 7 (continuação)			Considerações
Política Nacional de Promoção da Saúde (continuação)	Ações de intersectorialidade de mobilização de parceiros	... eu acho que essa dificuldade não é só aqui comigo; eu acho que são em todos os setores. Então, eu acho que o pessoal tenta fazer de acordo com o que dá.	Não se refere a nenhuma ação de intersectorialidade
	Ações de monitoramento e avaliação	É uma avaliação minha, mas na conversa de corredor, a clínica da manhã sempre fala para mim - olha, o pessoal do Caminhando está legal, eles estão controlando bem. A proximidade com a população também melhora, melhora o vínculo com o paciente e através desse vínculo, a gente conhece realmente o paciente e os seus problemas.	Sugere uma avaliação informal, baseada em comentários feitos pelos corredores da US
Outros temas	Atividade Física X Práticas Corporais	... a (...) [monitora da caminhada] é funcionária, ela vai participar das reuniões junto com a gente, e assim, "(...) [monitora da caminhada] será que você poderia dar um alongamento mais tranquilo, já que todos os funcionários estão presentes?" E aos poucos, eu tenho certeza que cada uma vai percebendo que isso é benéfico. Está ficando difícil nas reuniões técnicas; então, eu vou começar a mandar os funcionários para participar do alongamento aqui na Unidade e aí eu começo a envolver. (...) o senhor tem que ter o ritmo do senhor, não precisa fazer a caminhada de acordo com o que todo mundo faz, caminhe no seu ritmo (...) Eu peço para estarem caminhando, porque quando o médico fala parece que é lei, principalmente a clínica da manhã, ela encaminha bastante (...) A prática de atividades físicas com a intenção de promover a Saúde no Japão vem desde a infância e aqui não é bem assim. Eu vejo isso pelos meus filhos, para o meu caçula, a Educação Física é um peso, é como se fosse uma prova de Matemática. Como colocar essa prática para os alunos entenderem que é necessário? É como se fosse uma matéria a mais e na verdade não é uma matéria mais Por isso que a gente está com tanta criança obesa na cidade. Então, a gente tem que pensar por aí, só que a gente não faz, nós não fazemos isso. Talvez até alguém lá do Ministério tenha pensado nisso, mas isso não é colocado nas escolas como uma educação para uma vida saudável; isso é colocado simplesmente como a prática de atividade física, como se fosse currículo, matéria. Qual é o preparo que essa criança tem para exercer uma atividade física? Nenhum. Hoje a gente vê nas escolas, por exemplo, quando a gente pergunta: o que você fez hoje? - eu joguei bola. Pelo que eu entendo, jogar bola não é uma prática de atividade física, isso aí é um esporte. Como é que a pessoa está jogando isso? Então eu não vejo nada mesmo e se nós dentro da Saúde tivéssemos um pouquinho mais de preocupação com relação a isso, eu acho que obrigatoriamente a gente faria a Pausa Saudável.	Apesar de ter uma visão fundamentalmente de prevenção, percebe a necessidade de abordar a questão do sentido e significado das práticas corporais para vincular os funcionários do serviço às práticas corporais - Visão que aproxima a prática do indivíduo, diferentemente da atividade física, embora ainda a "força" da indicação médica está presente e aproxima da visão hegemônica da atividade física - Faz uma relação da Educação Física escolar com a ação da US.

Sujeito 7 (continuação)				Considerações
Outros temas (continuação)	Prevenção de doenças		<p>... volto a repetir Saúde Pública é prevenção e a gente não está aqui para fazer a parte curativa. Agente está aqui para fazer a parte preventiva. O pediatra está aqui para fazer puericultura: vamos ver se o seu filho está crescendo, se o seu filho está com o peso de acordo com a idade, como é que está o desenvolvimento. A clínica geral também é isso: como é que está a sua pressão? O senhor está participando da Caminhada? Vamos ver como é que está a glicemia? O senhor está controlando direitinho? Alimentação como é que está? Então, tem todos esses fatores que eu acho que ficam um pouco soltos (...) Eu acredito que a gente, tendo esse contato, a coisa melhoraria; eu não falo isso só de boca, eu falo isso de experiência de vida e por outras pessoas que eu sei que isso acontece. Se não me engano, no Sorocaba, a (...), que é enfermeira de lá, uma vez por mês ela faz isso. Ela faz o peso, ela faz o destro, a PA, e no final ela faz uma palestra: o que é a hipertensão? Quais os riscos que uma hipertensão pode ocasionar no paciente? A diabetes, por que esse controle do destro? Por que é importante caminhar em relação ao hipertenso e ao diabético? A maior parte das pessoas que participam do Caminhando é da terceira idade. Muito poucos são jovens; o jovem que eu digo na faixa dos 50, mas eu gostaria que esse "Caminhando para Saúde" não fosse só com o pessoal da terceira idade; por que não os jovens também já estarem se preparando? Afinal de contas, a prevenção começa aos 20 anos (...) a gente chega aqui e a gente trabalha, trabalha, trabalha, trabalha, trabalha e a gente só tem cobrança. Não é porque o departamento é ruim, é porque a população cobra a Secretaria; é uma bola de neve. Então, já que estamos em um país democrático, por que o Ministro não coloca isso como uma necessidade? Dentro das fábricas, hoje, eles não param? Eles não têm que fazer a Pausa Saudável? Eles não têm lá o seu período de 15 minutos de alongamento? Por que nós não podemos fazer isso? Por que não tem essa cultura, a nossa cultura? Qual que é a nossa cultura aqui dentro da Unidade de Saúde? Deveria ser preventiva, mas nós só estamos fazendo a parte curativa; só curativa mais nada. Difícil, muito difícil.</p>	<p>Enfatiza que a missão da Unidade é fazer prevenção e exemplifica com ações voltada às informações e aos controles fisiológicos. - Faz um questionamento sobre a importância das práticas corporais e da pausa ativa. Se é importante, por que o Ministério não coloca isso como prioridade (é uma referência à cultura do país, que já tinha feito anteriormente). Em muitos momentos da entrevista, percebe-se um desabafo da entrevistada, o que nos remete a uma condição difícil do trabalhador da Saúde e um contrassenso com a PNPS.</p>
	Escolha das práticas		<p>Para mim, essas são práticas que não têm tanta exigência por parte do corpo da pessoa; é diferente de você numa academia fazer musculação, que a pessoa tem que ter um pouco de preparo. A Caminhada é uma prática milenar, que é saudável para todo mundo; então não exige tanto do paciente; é uma coisa que se você for ver, mexe com todos os órgãos, com a respiração, com musculação, com articulação, com a parte psicológica. Então, é uma prática que o pessoal não dá nada, mas pelo nada que representa, ela representa ao mesmo tempo tudo. É uma coisa que todo mundo pode fazer; não exige recursos materiais, todo mundo pode caminhar...</p>	

Sujeito 8				Considerações
Projeto “Lazer e Saúde”	Objetivos	Caminhando para a Saúde	<p>“Caminhando para a Saúde”, eu acho que a grande novidade que faz a diferença é que você vai encontrar aquela pessoa que é meio sedentária, que vive procurando a Unidade de Saúde para tomar remédio, para procurar o médico, para medir a pressão e não associa que ela precisa melhorar o ritmo dela, que ela precisa fazer outras coisas que não procurar a Unidade de Saúde. Então, eu acho que quando a gente estabelece que o projeto pode entrar via Unidade de Saúde, “Caminhando para Saúde”, na responsabilidade da Secretaria de Saúde é a diferença; é você ter um outro público que não vê a agenda da cidade, não lê o jornal, mas ela vai lá na Unidade de Saúde e é convidada a participar do grupo que vai fazer a caminhada. Lá vai ter monitoramento, vai ter alguém orientando como é que tem que fazer o esforço, como é o retorno dela, o caminhar dela gradativo; então, uma série de coisas que foram implementadas, eu acho que criou um outro espírito dentro da Secretaria de Saúde.</p>	Considera o acesso a novos públicos via US, mas o discurso está embasado no treinamento e no controle funcional
		CFM	Na preocupação de fazer com aquele que não pudesse fazer a Caminhada, por questão da idade ou por outras questões colocadas pelo médico, pudesse ter aí o uso desse equipamento.	
	Histórico do “Lazer e Saúde”	Práticas Orientais	... a prática de Lian Gong ou outro tipo de atividade que tinha era mais desenvolvida nos parques; você colocava na agenda da cidade, você fazia uma divulgação por parte do Lazer; era sempre identificado como atividade de lazer, ou atividade da Secretaria de Cultura, mas não identificado com o público da Saúde.	Comenta a setorização da ação.
		Caminhando para a Saúde	... nós conseguimos, agora me lembro, via Orçamento Participativo, a definição do projeto como permanente, que era uma proposta de um programa que precisaria ser avaliado; portanto, tinha verba só para aquele ano e que tinha que ser renovada a cada ano.	
Limitações / Problemas	Pré-implementação		Acho o problema, também, da... quer dizer, quando você tinha o projeto não permanente, então você ficava com uma insegurança muito grande; o profissional que estava fazendo, quer dizer, como é que você vai conseguir dar uma boa dinâmica, sabendo que daqui a três meses o projeto acaba (...) Enquanto o projeto não era permanente, eu acho que fica difícil você vender a idéia para quem tá dentro do projeto, o profissional, que aquilo é prioridade da Secretaria.	Destaca as dificuldades antes do projeto se tornar permanente.
	Intersetorialidade		Inicialmente, eu acho que nós tivemos problemas com alguns profissionais, porque entendem que isso é coisa do Lazer...	Comenta a setorização da ação.

Sujeito 8 (continuação)			Considerações
Limitações / Problemas (continuação)	Espaço / Material	<p>... o espaço também. Às vezes a Unidade de Saúde ficava muito distante do espaço que era destinado à prática; aí também tinha dificuldade. Eu me lembro do João Ramalho, por exemplo, que nós tínhamos a Unidade, mas não tinham onde fazer. A Unidade ficava numa subida, numa ribanceira lá; aí nós arrumamos um espaço próximo da Avenida dos Estados, bem amplo. Era um grande estacionamento vazio que estava lá, não sei quantos anos para alugar e nunca alugava; então, começou a aumentar o número de participantes; depois, alugaram o espaço, o espaço do estacionamento se transformou... foi vendido e aí o grupo se dispersou naquele momento, até encontrar um novo local e tal (...). Quando você tem um parque bonito, próximo, com espaço, com a pista adequada, com serralagem, leve, isso é ótimo. Aí só amplia. Agora nós tivemos casos também no Ana Maria, por exemplo, que era em volta de uma quadra, da praça que tinha buracos; teve gente que se machucou, se contundiu; aí a gente reclamou para o DEPAV, que é ou Departamento de Parques e Áreas Verdes, para melhorar a pista; quer dizer, que gerou um ato de cidadania. ... a partir do momento em que o espaço não era mais adequado, mas não houve a resistência das pessoas para fazer a atividade. (...) E por ironia, a Unidade de Saúde é que dava o parecer, porque para participar dessas academias era preciso uma avaliação do médico. Então, da Unidade de Saúde é que se encaminhava para essas academias. A Unidade ficava lá no Campestre, bairro da cidade de Santo André, um bairro nobre; então, as pessoas de mais idade que recebiam a autorização para usar a Unidade de fortalecimento, diziam - lá no Palmares, lá naquele fim de mundo, lá naquele lugar que a gente não sabe como chega - (...), quando elas viram o espaço e o tipo de equipamento que estava lá, hoje eu sei que o pessoal tem hora marcada lá, e o pessoal chega de carro, sai de carro e não tem mais o problema da favela do lado, porque ela sabe do equipamento, da qualidade dos profissionais que estão envolvidos na proposta, (...) estabeleceu até um novo olhar dos moradores do complexo do Palmares por causa desse equipamento que estava lá.</p>	Indica a dificuldade na determinação do espaço, mas em contrapartida existiu uma articulação com a comunidade para se arrumar um espaço mais adequado e poder acontecer a caminhada.
	Participação gestores e gerentes	<p>É fato que a onde a gente tinha a enfermeira do PSF, do Programa de Saúde da Família, ou enfermeira da Unidade envolvida, as coisas caminhavam melhor. Podia ter até uma resistência do médico, que não assinava o termo lá, ou não dava a palestra, mas se a enfermeira fazia (...); como já falei, o médico é importante: se ele faz a convocação, ótimo, ajuda, mas a continuidade do projeto depende mais da enfermeira que faz o monitoramento do que o médico que tem outros afazeres. Então isso fez a diferença (...). Era o momento mais interessante que tinha na proposta, era a Caminhada para a Saúde, era a hora que as senhoras chegavam às 7h da manhã, sete meia e estava lá a enfermeira para dar bom dia.</p>	Demonstra uma visão de prevenção da doença, com enfoque dos controles e da participação necessária da enfermeira.

Sujeito 8 (continuação)				Considerações
Limitações / Problemas (continuação)	Profissionais	Contratação	O primeiro ano, eu me lembro que foi uma dificuldade: era como pagar, com quem fazer a parceria, não era praxe, o pessoal da Saúde não entendia, não sabia nem como lidar com isso – fala com o pessoal do Lazer como é que faz o contrato, como é que arruma esses profissionais. E foram jovens de Educação Física recém-formados, me parece também que tinha algum pessoal fazendo estágio que vinha junto e aí para esse público nós não tínhamos como lidar (...) Olha lá, em 2004, 2003-2004, a contratação foi feita numa seleção que nós fizemos em parceria com a Secretaria de Lazer, que conhecia bem mais desse campo e ainda era temporário; então estabelecemos uma verba para pagamento desses profissionais, com contrato temporário.	Salienta a dificuldade inicial: quanto à forma de pagamento e contratação.
	Co-responsabilidade		Inicialmente, eu acho que nós tivemos problemas com alguns profissionais, porque entendem que isso é coisa do Lazer; a preocupação da Secretaria; aquela história que a gente fala muito em prevenção... Mas a gente, enquanto profissional da área, não estabelece quais são os tipos de prevenção que tem que ter. Então, eu lembro que tinham lugares que eram super aceitáveis; na Vila Palmares, a gente chegou até 100 pessoas num primeiro momento. No primeiro ano ainda, o grupo já se formava para ir visitar a exposição, fazer excursão e a exemplo de outros lugares, a dificuldade do profissional de estar lá, disponibilizado para fazer a recepção dessas pessoas para fazer a caminhada, para dar um pouco da ligação e dar um pouco da co-responsabilidade da Unidade nisso.	Sugere uma visão de prevenção da doença
Aspectos positivos	Possibilidades e Sustentabilidade		Eu acho que foi super interessante a permanência dele, porque andou capengando para cá e para lá, e a gente conseguiu na mudança do governo (mesmo sendo o governo do PT, mas mudando a Secretaria); é uma nova equipe e você tem que estabelecer novas relações. Com a garantia de estar no orçamento, o próprio Ministério da Saúde do Governo Federal estabelece também uma nova preocupação com a questão do programa de hipertensos e coloca à prática da "Caminhada da Saúde". Quer dizer, se você tem o governo municipal convencido e você tem o governo federal que pode liberar mais verbas para o projeto, acho que isso tende a estabelecer como permanente (...) Também acho que para o futuro, deve-se pensar em ampliar esse projeto para os parques, enquanto pessoas que possam estar lá disponibilizadas para orientar quem está fazendo as caminhadas pela manhã, normalmente pela manhã, para que em vez de você fazer só da Saúde para o Lazer, fazer também do parque para Saúde. De repente, aquela pessoa não está sabendo que ela está correndo um risco e ela precisa passar numa Unidade de Saúde para fazer o monitoramento, ver o tipo de doença.	Indica uma visão funcionalista do projeto com enfoque na doença. Sua entrevista toda praticamente se refere ao fazer, do ponto de vista dos benefícios da prática da atividade física.
	Resultado		Acho que agora é um dos programas que têm uma ótima aceitação. Eu não estou mais na Secretaria de Saúde, mas vejo em alguns bairros a movimentação muito grande deste grupamento, do pessoal que se envolve tanto com a Saúde através do dado médico, da enfermeira que faz acompanhamento e o monitoramento, mas se envolve também com a área de Lazer dos nossos CESAS, dos nossos parques, a onde você vai fazer essa caminhada; acho isso muito importante (...) os relatórios que surgem a partir daí que vocês fizeram foram muito bons porque aí identificava - olha, a pessoa está aqui, está fazendo; ela diminuiu o consumo de medicamentos; ela melhorou o ritmo dela; ela não está fazendo só 500 metros, ela está fazendo mil e tantos.	Destaca a visão biológica da Saúde, embora ache importante a relação com o lazer.

Sujeito 8 (continuação)				Considerações
Aspectos positivos (continuação)	Vínculos		<p>O vínculo começa com 10 senhorinhas, com vinte pessoas, mas isso vai repercutindo dentro da comunidade; então, essa mesma pessoa que vai na Unidade Saúde, vai na igreja (...) então, ela começa a associar – bom, eu vou à igreja e o pessoal está fazendo um trabalho de preparação do corpo; eu vou na Unidade de Saúde e fala que não é só o remédio, que eu preciso caminhar, é preciso fazer alguma coisa para não ser sedentário – então, isso vai ampliando o número de pessoas preocupadas em fazer o exercício e amplia o número de pessoas fazendo exercício (...) se eu tenho um grupo de 50 a 100 pessoas que fazem a caminhada, essas pessoas virão; se você fizer uma festa junina, essas pessoas estarão participando; se você estabelecer que há um novo programa dentro da Saúde, de Medicina Alternativa, de Fitoterapia ou que seja, esse público vai estar mais próximo para dar continuidade a esses projetos, às vezes.</p>	Ressalta a mudança de comportamento, em relação à preparação do corpo.
	Participação comunitária	Canal direto	<p>A gente fez a discussão com a população e com o pessoal que participa do Orçamento Participativo, para que eles cobrassem dentro do projeto da Prefeitura, de pensar o orçamento para o ano seguinte, a verba necessária para ficar permanente o “Caminhando para Saúde”; Então se estabeleceu aí um vínculo.</p>	
Política Nacional de Promoção da Saúde	Ações de aconselhamento e divulgação		<p>Conclusão: se você amplia o Programa de Saúde da Família, você vai ampliar também o número de pessoas que vai participar do programa "Caminhando para Saúde", porque a partir do momento que você faz uma busca maior da população, das necessidades que ela tem, você descobre mais hipertensos, você descobre mais idosos que estão em casa, mais pessoas que precisariam fazer a caminhada e não estão sabendo que existe, porque a área da Saúde não tem eco, como tem o equipamento CESA, por exemplo, que tem a quadra, que tem a pista, que tem as aulas de Yoga, isso está mais vinculado ao equipamento de lazer, ao equipamento da Secretaria de Educação que nós criamos (...); então, quando você tem o Programa Saúde da Família junto com a unidade, aí você está constantemente visitando outras pessoas, fazendo isso como missão da Unidade, não só esperar a pessoa vir na Unidade, mas você ir até as pessoas, cadastrado essas pessoas no Programa Saúde da Família e você consegue ter mais clareza de quem pode participar desse programa. Você tem os Agentes de Saúde fazendo a comunicação por toda a população, nas suas áreas de ação, para que venham participar do "Caminhando para Saúde".</p>	Ressalta a importância da divulgação via Agentes de Saúde do PSF.
	Ações de intersetorialidade e mobilização de parceiros		<p>Já teve casos que eu acho que foi muito legal; no caso, ações que a gente pode chamar de mutirão, ou eu lembro da caminhada, que foi feita no dia do Agito, que aí todas as equipes vieram fazer uma caminhada do centro até o SECS. Então, isso mostra um envolvimento; eu acredito também que teve também um movimento no Parque Central, promovido pela Secretaria de Educação, que trouxe também essas equipes do Caminhando para Saúde para participar. Então, são esses momentos que eu vejo como intersetorialidade.</p>	

Sujeito 8 (continuação)				Considerações	
Política Nacional de Promoção da Saúde (continuação)	Ações de monitoramento e avaliação		Nossos CESAs aqui de Santo André que, num primeiro momento, são dez hoje, mas no primeiro momento, estava tendo dificuldade, horas vagas dentro do equipamento, porque não tinha interesse. Hoje o número de pessoas que passam pelo CESAs é muito grande, parece que há um movimento de mais de 50.000 pessoas por mês nos nossos equipamentos. Então, isso é sinal de que a política de prática de caminhada ou de Lian Gong ou a própria questão que depois nós colocamos aqui, que eram as academias da terceira idade; isso é sinal de que a coisa está dando certo. O governo público que investe dinheiro naquilo que não está acontecendo, ou naquilo que não está rendendo, está fazendo uso irregular da verba; há uma responsabilidade do governo de investir naquilo que efetivamente dê retorno. E aí, embora eu não saiba os números hoje das Unidades da cidade, eu estou na Secretaria de Governo não estou mais na Secretaria de Saúde, o que eu vejo é que o projeto está “bombando”.	O sujeito comenta a avaliação feita pelo profissional de Educação Física, através de fichas e cadastro das pessoas.	
		Prevenção de doenças	A aquela história que a gente fala muito em prevenção, mas a gente, enquanto profissional da área, não estabelece quais são os tipos de prevenção que tem que ter (...) do pessoal que se envolve tanto com a Saúde, através do dado médico, da enfermeira que faz acompanhamento e o monitoramento, mas se envolve também com a área de lazer dos nossos CESAS, dos nossos parques, onde você vai fazer essa caminhada, acho isso muito importante (...) Quando a gente chega na Unidade de Saúde e a médica fala - eu vou dar uma palestra para orientar o pessoal para fazer a caminhada - na semana seguinte, você tem gente de todo lado; se inscrevem; o pessoal vem, porque o médico está dizendo que além do remédio, além de monitorar a pressão, além de fazer as visitas periódicas, é preciso caminhar, é preciso fazer um exercício, é preciso fazer qualquer coisa, além de ficar parado em casa.	Mostra uma visão de uma Saúde biológica, focada na figura do médico e da atividade física, com o que é preciso fazer, desconsiderando os desejos das pessoas.	
		Intersetorialidade	Entendimento	... no caso, na pista que nós temos do CESA, que é da Secretaria de Educação e também da Secretaria de Cultura, Esporte e Lazer, a Saúde vem e usa esse espaço, usa a quadra, usa o professor de Yoga que está lá e que, de repente, a ginástica deles é do equipamento da Cultura e da Educação, mas a pessoa vê lá - Opa, eu estou fazendo a caminhada e eu tenho tempo depois também, para fazer a aula - e já fica e já se integra.	Somente estabelece a questão da intersetorialidade e com relação ao espaço.
		Escolha das práticas		... nós tivemos uma história de hipertensos que era medicamento que vinha por contra do Ministério da Saúde, mas com a ressalva de que pudesse ter um trabalho junto a esses hipertensos, diabéticos, ou seja, palestras, orientação; então, foi desta brecha que apareceu (...) então quando vem essa proposta do envolvimento do projeto e conversando com o (...), do Departamento de Lazer, ele fala - a gente tem uma proposta do "Caminhando com a Saúde", que a gente podia discutir, colocar a caminhada nas Unidades - eu, particularmente, achava que mudar a cara da Unidade de Saúde era importante e que tivesse outras atividades. Eu faço a festa junina na Unidade de Saúde, a população vem, colabora e a referência que ela tem da Unidade já não é só a doença; passa a ser outros eventos. Então, a preocupação foi essa; se pudesse colocar o projeto onde a população se envolvesse com um tipo de lazer, com um tipo de atividade além, de periodicamente visitar a Unidade de Saúde, seria importante. Por isso que eu acho que o “Caminhando para Saúde” encaixou direitinho aí.	

5. ANÁLISE TEMÁTICA DOS RESULTADOS

A análise dos resultados será desenvolvida sob dois enfoques. O primeiro, chamado de análise temática, realizado a partir da leitura horizontal⁴³ da matriz de resultados já apresentada, contemplará um estudo quantitativo - com base na recorrência dos temas e nos diferentes olhares - e também uma análise qualitativa, com base no conteúdo das falas dos entrevistados, enfocando o tema intersectorialidade. O segundo, chamado de análise dos sujeitos, será realizado a partir da leitura vertical ⁴⁴da matriz de resultados, pela qual se examinará em que medida os relatos dos entrevistados se aproximam ou se afastam do campo da Saúde Coletiva e do conceito de práticas corporais.

Inicialmente, há que se considerar o fato de que a noção de “tema” diz respeito ao assunto que será tratado, podendo ser entendido como “a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura” (BARDIN, 1979, p.105). Em outras palavras, fazer uma análise temática do material qualitativo coletado nas entrevistas “consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado” (MINAYO, 2006, p.316).

São três as etapas que, segundo MINAYO (2006, p. 316-318), compõem a análise temática:

- Primeira etapa: também chamada de pré-análise, é o momento em que se determinam as unidades de registro (palavra ou frase-chave), a unidade de contexto (delimitação do contexto para a compreensão da unidade de registro), os recortes, a forma de categorização, a modalidade de codificação e os conceitos teóricos mais gerais.

⁴³ Os temas que originalmente estariam na horizontal foram deslocados para a vertical, o tamanho da matriz que era de 105 cm em média e dobrados em tamanho A4, foi reduzida para o tamanho A4, gerando inúmeras tabelas. As cores que permitiam uma melhor visualização dos temas encontrados também foram retiradas. (ver nota nº 42)

⁴⁴ O tamanho da matriz dos sujeitos que originalmente era 80 cm em média e dobrados em tamanho A4, foi reduzido para o tamanho A4, gerando inúmeras tabelas. As cores que permitiam uma melhor visualização dos temas encontrados também foram retiradas. (ver nota nº 42)

- Segunda etapa: consiste na exploração do material de maneira classificatória, ou seja, busca-se encontrar categorias que são expressões ou palavras significativas em função das quais o conteúdo de uma entrevista será organizado.
- Terceira etapa: consiste no tratamento e interpretação dos resultados obtidos, os quais são submetidos a operações estatísticas simples ou complexas para colocar em destaque as informações obtidas. A partir daí, propõem-se inferências e realizam-se interpretações, inter-relacionando as informações com o quadro teórico anteriormente desenhado ou abrem-se outras pistas em torno de novas dimensões teóricas e interpretativas, sugeridas pelas leituras do material.

Os temas encontrados a partir da análise dos resultados apresentados anteriormente, estão listados no tabela 4:

Dificuldades	Financeira	Intersectorialidade	Tema estudado Intersectorialidade O critério para a escolha deste tema entre todos os outros, foi a sua inter-relação com os temas citados, ou seja, a intersectorialidade apareceu tanto como tema nas dificuldades, como nos aspectos positivos e em outros temas, além de ser uma das ações específicas propostas pela Política Nacional de Promoção da Saúde com relação às práticas
	Continuidade		
	Divulgação		
	Implementação		
	Profissionais (contratação/formação)		
	Avaliação		
	Co-responsabilidade		
	Participação de gestores/gerentes		
	Espaço/material		
	Intersectorialidade		
Participação Comunitária	Intersectorialidade		
Vínculo			
Promoção da Saúde			
Possibilidades/Sustentabilidade			
Acesso			
Resultado			
Diversidade das práticas corporais			
Intersectorialidade			
Participação Comunitária			
Integralidade	Intersectorialidade		
Atividade Física x práticas corporais			
Prevenção de doença			
Escolha das práticas corporais			
Modelo de organização do sistema de saúde			
Intersectorialidade (entendimento)	Intersectorialidade		
Ações da rede básica de saúde e na comunidade			
Ações de aconselhamento e divulgação			
Ações de intersectorialidade e mobilização de parceiros			
Ações de monitoramento de avaliação	Intersectorialidade		

Tabela 4: Temas relativos à implementação das práticas corporais no Sistema Público de Saúde encontrados na análise dos resultados:

Sob o ponto de vista organizacional, os dados coletados serão estruturados nas tabelas a seguir, a partir dos quais será feita a classificação dos temas abordados nas entrevistas com relação à sua prevalência, mediante a seguinte abordagem:

1. Problemas/dificuldades na implementação das práticas corporais no Sistema Público de Saúde:
 - a. Tabela cinco: Classificação dos temas em função de sua recorrência;
 - b. Tabela seis: Classificação dos temas mais recorrentes, do ponto de vista do Departamento de Lazer da Secretaria de Cultura, Esporte e Lazer;
 - c. Tabela sete: Classificação dos temas mais recorrentes, do ponto de vista do Departamento da Assistência à Saúde da Secretaria de Saúde;
 - d. Tabela oito: Classificação dos temas mais recorrentes, do ponto de vista dos gestores;
 - e. Tabela nove: Classificação dos temas mais recorrentes, do ponto de vista dos gerentes.
2. Aspectos positivos/dificuldades na implementação das práticas corporais no Sistema Público de Saúde:
 - a. Tabela dez: Classificação dos temas em função de sua recorrência;
 - b. Tabela onze: Classificação dos temas mais recorrentes, do ponto de vista do Departamento de Lazer;
 - c. Tabela doze: Classificação dos temas mais recorrentes, do ponto de vista do Departamento de Assistência à Saúde;

- d. Tabela treze: Classificação dos temas mais recorrentes, do ponto de vista dos Gestores;
- e. Tabela quatorze: Classificação dos temas mais recorrentes, do ponto de vista dos Gerentes.

Desse modo, a análise quantitativa inicia-se com os problemas/dificuldades encontrados na implementação das práticas corporais no Sistema Público de Saúde:

Tabela 5: Classificação dos temas em função de sua recorrência			Lazer		Saúde					Secretaria de Governo		
			Gestor	Gerente	Gestor	Gestor	Gerente	Gerente	Gerente	Gestor		
Temas			1	2	3	4	5	6	7	8	Total	%
Problemas/dificuldades	Intersetorialidade		X	X	X	X	X	X	X	X	8	21,6
	Avaliação		X	X	X	X		X			5	13,5
	Espaço/material			X	X		X		X	X	5	13,5
	Participação de gestores/gerentes		X			X			X	X	4	10,8
	Profissionais (contratação/formação)						X	X		X	3	8,1
	Pré-implementação					X				X	2	5,4
	Divulgação				X				X		2	5,4
	Financeira		X	X							2	5,4
	Continuidade			X	X						2	5,4
	Participação Comunitária		X	X							2	5,4
	Co-responsabilidade								X	X	2	5,4
									Total	37		

Analisando as informações contidas na tabela cinco, podemos verificar que – de modo geral – os temas relativos a intersetorialidade, avaliação e espaço/material representam 48,6% das dificuldades observadas no processo de implementação das práticas corporais, sendo citados por mais de 50% dos entrevistados.

Partindo-se para uma análise mais setORIZADA, conforme se observa nas tabelas a seguir, podemos perceber alguns aspectos relevantes:

Na tabela sete verifica-se que, do ponto de vista dos entrevistados do Departamento de Assistência à Saúde, a maioria dos sujeitos apontou como principal dificuldade a questão da intersetorialidade (25%), seguido pela avaliação e espaço/material (15%), os quais foram justamente os mesmos temas apontados na tabela geral de classificação dos temas em função de sua recorrência.

Um ponto chama a atenção quando se relaciona os pontos de vista dos sujeitos do Lazer e da Saúde (tabelas 6 e 7 respectivamente). Enquanto a questão financeira é a dificuldade prioritária na visão do Departamento de Lazer, o mesmo nem é citado pelos entrevistados vinculados à Secretaria de Saúde. Cabe aqui destacar que no gerenciamento do projeto Lazer e Saúde, a Secretaria de Saúde faz a contratação (pagamento) dos profissionais e monitores, porém é o Departamento de Lazer o responsável pela escolha desses profissionais e o gerenciamento do projeto, o que inclui por exemplo, outros gastos como financiamento de eventos e materiais diversos.

Talvez, seja essa uma das razões para os olhares bem diferenciados quanto à questão financeira, pois a Secretaria de Cultura, Esporte e Lazer trabalha com uma verba anual em torno de 3% da arrecadação municipal, enquanto que a Secretaria de Saúde tem um montante próximo a 17%.

Outra diferença significativa encontrada na comparação dessas duas tabelas, ainda com relação aos problemas/dificuldades, está na questão da participação comunitária, isto porque apesar desta ser vista como prioritária para o Departamento de Lazer, nem é citada pelo grupo da Saúde. Uma possível explicação para isso estaria no fato do programa Caminhando para a Saúde ocorrer próximo e vinculado às US, o que facilitaria a percepção da participação da comunidade por parte dos profissionais de Saúde. Em contrapartida, o distanciamento das atividades com relação ao Departamento de Lazer aumentaria a dificuldade de percepção dessa participação e isso apontaria para uma das dificuldades de intersetorialidade.

Prosseguindo com a análise quantitativa, passamos a dirigir nosso olhar para a posição apresentada pelos gestores e gerentes entrevistados:

Tabela 8: Ponto de vista dos gestores		Gestor	Gestor	Gestor	Gestor	Gerente	Gerente	Gerente	Gerente		
Temas		1	3	4	8	2	5	6	7	Total	%
Problemas/dificuldades	Intersectorialidade	X	X	X	X					4	20,0
	Avaliação	X	X	X						3	15,0
	Participação de gestores/gerentes	X		X	X					3	15,0
	Espaço/material		X		X					2	10,0
	Pré-implementação			X	X					2	10,0
	Profissionais (contratação/formação)				X					1	5,0
	Divulgação		X							1	5,0
	Financeira	X								1	5,0
	Continuidade		X							1	5,0
	Participação Comunitária	X								1	5,0
	Co-responsabilidade				X					1	5,0
								Total	20		

Na tabela oito verificamos que a intersectorialidade, a avaliação e a participação de gestores/gerentes são os principais temas citados pela maioria dos gestores (50%) com relação aos problemas/dificuldades. Já na visão dos gerentes (tabela nove) a intersectorialidade e o espaço/material (41,10%) aparecem como os temas prioritários entre os problemas/dificuldades de implementação das práticas corporais.

Tabela 9: Ponto de vista dos gerentes		Gestor	Gestor	Gestor	Gestor	Gerente	Gerente	Gerente	Gerente		
Temas						2	5	6	7	Total	%
Problemas/dificuldades	Intersectorialidade					X	X	X	X	4	23,5
	Espaço/material					X	X		X	3	17,6
	Avaliação					X		X		2	11,8
	Profissionais (contratação/formação)						X	X		2	11,8
	Participação de gestores/gerentes								X	1	5,9
	Divulgação								X	1	5,9
	Financeira					X				1	5,9
	Continuidade					X				1	5,9
	Participação Comunitária					X				1	5,9
	Co-responsabilidade								X	1	5,9
	Pré-implementação									0	0,0
								Total	17		

Quando comparamos os diferentes pontos de vista manifestados pelos gestores e pelos gerentes (tabela oito e nove respectivamente), observamos que a problemática do espaço/material é prioritária na visão dos gerentes e não o é na visão dos gestores. Uma possível razão para essa diferença de olhares está no fato dos gerentes estarem mais próximos das práticas corporais (tanto geograficamente como acompanhando as discussões com os monitores) e, por isso, trazem a questão do espaço/material muito mais evidente em seus comentários.

Encerrada a apresentação dos problemas/dificuldades apontados pelos sujeitos na implementação das práticas corporais, passaremos a classificar a recorrência dos temas relativos aos aspectos positivos dessa implementação no Sistema Público de Saúde:

Tabela 10: Classificação dos temas em função de sua recorrência		Lazer		Saúde				Secretaria de Governo			
		Gestor	Gerente	Gestor	Gestor	Gerente	Gerente	Gerente	Gestor		
Temas		1	2	3	4	5	6	7	8	Total	%
Aspectos positivos	Vínculo	X		X	X	X	X	X	X	7	20,0
	Possibilidades/Sustentabilidade	X	X	X	X	X			X	6	17,1
	Participação Comunitária	X	X	X	X			X	X	6	17,1
	Resultado	X		X	X	X	X		X	6	17,1
	Acesso			X	X	X	X			4	11,5
	Integralidade				X			X		2	5,7
	Promoção da Saúde			X	X					2	5,7
	Intersetorialidade			X						1	2,9
	Diversidade das práticas corporais		X							1	2,9
							Total		35		

Analisando as informações contidas nessa tabela mais geral, verificamos que o vínculo, as possibilidades/sustentabilidade, a participação comunitária e o resultado são os temas apontados pela maioria dos entrevistados, totalizando um percentual de 71,3% com relação aos aspectos positivos da implementação das práticas corporais no Sistema Público.

A partir da amplitude temática presente nesta tabela, podemos desenvolver uma análise mais segmentada, conforme constatamos a seguir:

Tabela 11: Ponto de vista do Departamento de Lazer		Lazer		Saúde					Secretaria de Governo		
		Gestor	Gerente	Gestor	Gestor	Gerente	Gerente	Gerente	Gestor		
Temas		1	2	3	4	5	6	7	8	Total	%
Aspectos positivos	Possibilidades/Sustentabilidade	X	X							2	28,6
	Participação Comunitária	X	X							2	28,6
	Vínculo	X								1	14,3
	Resultado	X								1	14,3
	Diversidade das práticas corporais		X							1	14,3
	Acesso									0	0,0
	Integralidade									0	0,0
	Promoção da Saúde									0	0,0
	Intersetorialidade									0	0,0
							Total		7	100,0	

Tabela 12: Ponto de vista da Secretaria de Saúde		Lazer		Saúde					Secretaria de Governo		
		Gestor	Gerente	Gestor	Gestor	Gerente	Gerente	Gerente	Gestor		
Temas		1	2	3	4	5	6	7	8	Total	%
Aspectos positivos	Vínculo			X	X	X	X	X		5	20,8
	Acesso			X	X	X	X			4	16,7
	Resultado			X	X	X	X			4	16,7
	Participação Comunitária			X	X			X		3	12,5
	Possibilidades/Sustentabilidade			X	X	X				3	12,5
	Integralidade				X			X		2	8,3
	Promoção da Saúde			X	X					2	8,3
	Intersectorialidade			X						1	4,2
	Diversidade das práticas corporais									0	0,0
Total									23	100,0	

Do ponto de vista dos entrevistados do Departamento de Lazer, as possibilidades/sustentabilidade e participação comunitária são apontados como os principais temas relativos aos aspectos positivos da implementação das práticas corporais e representam 57,2% do total dos temas citados (tabela 11). Já do ponto de vista dos entrevistados ligados à Secretaria de Saúde, não se verifica uma concentração dos resultados, ou seja, mais de 50% dos entrevistados se referiram a cinco diferentes temas que representam 79,20% dos citados. Isso pode demonstrar uma avaliação positiva com relação ao processo de implementação das práticas corporais, uma vez que vários são os aspectos abordados pela maioria dos entrevistados. (tabela 12).

Por outro lado, se olharmos do ponto de vista dos gestores (tabela 13) verificaremos que o vínculo, possibilidades/sustentabilidade, participação comunitária e resultado são citados por todos eles com 72,8% do total de temas. Já na visão dos gerentes, somente o vínculo foi citado pela maioria dos entrevistados (23,10%), embora os outros quatro temas tenham sido apontados por 50% dos gerentes, o que resulta em 84,70% do total dos temas. (tabela 14)

Tabela 13: Ponto de vista dos gestores		Gestor	Gestor	Gestor	Gestor	Gerente	Gerente	Gerente	Gerente		
Temas		1	3	4	8	2	5	6	7	Total	%
Aspectos positivos	Vínculo	X	X	X	X					4	18,2
	Possibilidades/Sustentabilidade	X	X	X	X					4	18,2
	Participação Comunitária	X	X	X	X					4	18,2
	Resultado	X	X	X	X					4	18,2
	Acesso		X	X						2	9,0
	Promoção da Saúde		X	X						2	9,0
	Integralidade			X						1	4,5
	Intersectorialidade		X							1	4,5
	Diversidade das práticas corporais									0	0,0
							Total		22		

Tabela 14: Ponto de vista dos gerentes		Gestor	Gestor	Gestor	Gestor	Gerente	Gerente	Gerente	Gerente		
Temas		1	3	4	8	2	5	6	7	Total	%
Aspectos positivos	Vínculo						X	X	X	3	23,1
	Possibilidades/Sustentabilidade					X	X			2	15,4
	Participação Comunitária					X			X	2	15,4
	Resultado						X	X		2	15,4
	Acesso						X	X		2	15,4
	Integralidade								X	1	7,7
	Diversidade das práticas corporais					X				1	7,7
	Promoção da Saúde									0	0,0
	Intersetorialidade									0	0,0
		Total								13	

Outro ponto importante que deve ser observado nessa análise quantitativa é o equilíbrio entre os temas relativos às dificuldades e aos aspectos positivos, ou seja, se analisarmos o total das 72 recorrências (somatória de 37 e 35, relativos às tabelas 5 e 10 respectivamente), encontraremos um percentual de 51,39% ligado aos temas problemas/dificuldades, enquanto que 48,61% se referem aos aspectos positivos, com uma diferença de apenas 2,78%. Isso pode indicar uma avaliação positiva quanto ao processo de implementação das práticas corporais no Sistema Público de Saúde, ao mesmo tempo em que pode sugerir a necessidade de ajustes para essa consolidação.

Como quer que seja, centraremos nosso foco de análise sobre a questão da intersetorialidade, justamente por ter se apresentado como o aspecto mais relevante ao nosso objeto de estudo.

5.1. Intersetorialidade

O projeto Lazer e Saúde é um serviço que a prefeitura de Santo André oferece aos seus munícipes e é nessa articulação ente serviço e cidadãos que,

JUNQUEIRA (2005, p. 01) destaca dois conceitos importantes na administração das políticas sociais: a descentralização e a intersetorialidade.

Neste estudo, a questão da intersetorialidade será abordada com especial atenção, por ter sido o tema que mostrou maior relevância em toda a análise temática e, de acordo com o nosso entendimento, tem sido fundamental para a implementação e o gerenciamento do projeto em questão. É importante destacar, porém, que a questão da descentralização não é menos importante, além de ser fundamental no gerenciamento de projetos.

Segundo WESTPHAL e MENDES (2000), a maioria das estruturas organizacionais municipais se apresentam com um formato piramidal, composto por vários escalões hierárquicos e departamentos, o que dificulta a participação popular no exercício dos seus direitos sociais. Esse modelo setorizado não corresponde mais às necessidades da população, pois os reais problemas cruzam os setores, exigindo novas formas de relações, organizações sociais e institucionais para dar conta desse novo cenário. Nessa perspectiva, as ações intersectoriais têm se mostrado como uma estratégia importante na busca de novos modelos organizacionais e pode ser entendida como “uma articulação de saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação de políticas, programas e projetos dirigidos a comunidades e a grupos populacionais específicos, num dado espaço geográfico, com o objetivo de atender as suas necessidades e expectativas de forma sinérgica e integral” (JUNQUEIRA⁴⁵ et al, 1998 apud JUNQUEIRA, 2000b).

É com base nesse entendimento que faremos a análise do projeto Lazer e Saúde. Iniciaremos com a construção de textos temáticos, baseados nos relatos dos diversos entrevistados, abordando alguns aspectos da intersetorialidade neles presentes para, em seguida, verificarmos em que medida as ações de implementação, organização e gerenciamento desse projeto apontam para ações efetivas de intersetorialidade.

⁴⁵ Junqueira, Luciano A. Prates. Descentralização e intersetorialidade: a construção de um modelo de gestão municipal. *Revista de Administração Pública*. Rio de Janeiro, FGV, 32(2):11-22, mar./abr. 1998.

5.1.1. Ação Conjunta

A primeira dificuldade identificada através das falas dos sujeitos entrevistados diz respeito ao problema da ação conjunta. É possível perceber nos relatos que uma das razões que interferem no agir em conjunto está na gestão individual de cada departamento, ou seja, o pensamento já parte de uma visão segmentada e sistêmica da organização administrativa municipal, o que favorece um pensamento linear, dificultando as ações de cooperação e parceria e desfavorecendo uma reflexão intuitiva. Com esse entendimento, a relação intersetorial é percebida como a soma das partes e não sob a perspectiva do todo, pois nenhuma das partes consegue contemplar o todo. “É das relações das partes que surgem novas potencialidades, que também as retroalimentam, estimulando-as a expressar sua individualidade” (JUNQUEIRA, 2000a, p. 2).

*“... acontece que na medida que esses projetos vão sendo desenvolvidos, existem **diferentes intensidades de trabalho conjunto**. (...) Mas o **principal problema é a operação conjunta desse projeto**. Em alguns casos por exemplo, como o caso da caminhada, toda a parte administrativa da contratação de pessoal é [feita] via Secretaria de Saúde, mas se eu posso dizer, a parte pedagógica é desenvolvida pelo Departamento de Lazer e em alguns momentos essas partes têm dificuldade de conversar. No caso do CFM é a mesma coisa, no modelo que a gente adotou aqui, a Secretaria de Saúde adquiriu os equipamentos e nós tivemos, além da Saúde e do Lazer envolvidas a Secretaria de Educação. Fizemos a implementação conjunta, mas também vivemos momentos de dificuldades para criar maior organicidade naquilo que foi contratado no início do projeto” (Sujeito 1).*

*“... você tem várias pessoas olhando e **não tem um fluxo muito claro de como esse trabalho vai acontecer**. Então, eu acho que o problema é esse: a gente não tem **dentro de nenhuma secretaria ou departamento ou dentro da prefeitura, que seja, alguém que pudesse ter esse olhar,***

que pudesse organizar para poder otimizar. Você tem lá a sua limitação de recursos, por exemplo; então, você tenta otimiza; quando você tem várias secretarias envolvidas, às vezes, você acaba se perdendo e não tendo uma otimização tão positiva, então esse é um problema” (Sujeito 3).

*“... inicialmente eu acho que nós **tivemos problemas como alguns profissionais porque entendem que isso é coisa do Lazer...**” (Sujeito 8).*

*“... eu acho que o que nós temos hoje para essas duas atividades é o nosso relacionamento com **o Lazer e com a Secretaria de Educação, que é quem fornece para a gente o local dos centros de fortalecimento.** A Educação (...) forneceu o local, ela ajuda de alguma forma a organizar, porque os funcionários do CESA é que vão nos ajudar de alguma forma; então, também tem a sua participação importante, mas eu acho que fundamentalmente quem realmente dá o norte é o **Departamento de Lazer, que é o que tem a possibilidade de estar contratando profissionais no sentido de conhecer as pessoas especializadas...**” (Sujeito 3).*

É nesse sentido que MORIN (1996) aponta que “o todo existe como unidade e as partes também, porque elas não são redutíveis ao todo” e assim, a diversidade das ações, de olhares e saberes constroem a unidade e vice-versa (MORIN⁴⁶, 1996 apud JUNQUEIRA, 2000a, p. 2).

5.1.2. Setor do setor

Como decorrência da ausência de uma ação conjunta entre os diferentes departamentos integrantes do projeto Lazer e Saúde, tem-se uma visão e uma ação setorizada, mediante a qual cada sujeito reconhece-o sob uma ótica fragmentada e particular, perdendo a essência do projeto:

⁴⁶ Morin, Edgar. *Ciência com consciência*. Rio de Janeiro, Bertrand Brasil, 1996.

*“... quando eu vim para essa unidade eu comecei a **questionar muito a postura dos profissionais, tanto dos médicos, quanto da limpeza, quanto da enfermagem, quanto da recepção administrativa.** Eu via muito setorizado: eu sou da enfermagem..., eu sou da recepção... **e não havia um envolvimento maior.** Eu acho que em uma unidade isso não funciona, **você tem que ter envolvimento,** você tem que ter a postura profissional de chegar para o médico e dizer: olha doutor, isso não pode acontecer” (Sujeito 7).*

*“... inclusive porque o que acontece **tem sempre uma fragmentação,** sabe Marcos, **não existe uma conexão entre o pensar do trabalhador da Saúde e o pensar do usuário do serviço de Saúde,** não existe isso. Esses pensamentos eles não se cruzam em nenhum momento e eles diferem da água para o vinho. É difícil para a gente que tem bastante tempo na cidade, quando os dois grupos conseguem concordar com a mesma questão...” (Sujeito 4).*

*“... tem determinada pessoa que naquele departamento é a pessoa de cabeça aberta, que tem mais condição de escuta, de discutir um projeto, que não olha só o seu próprio umbigo; então sai um trabalho legal, mas a gente que trabalha na Prefeitura é assim: a gente está aqui e amanhã gente está lá. **A gestão é muito enfocada nas pessoas aqui em Santo André, eu acho; não é uma política.** Então, essa questão da intersetorialidade acaba sendo prejudicada aí, **porque não existe a política, existe a pessoa.** Se a pessoa não está, não acontece e é ruim isso...” (Sujeito 4).*

Esse agir individual não está unicamente no setor, ele também está dentro da própria US, segmentado por cargos e profissões como coloca o sujeito 7 e pautada na pessoa e não na política como ressalta o sujeito 4. CAMPOS e DIMITTRI (2007) destacam que essa segmentação está para além dos cargos e profissões, ou seja, está no desenho arquitetônico da maioria dos ambulatórios, com uma sucessão de pequenas salas para consultórios ou procedimentos que, de tão desconectados, poderiam funcionar em espaços geográficos distintos.

5.1.3. O projeto Lazer e Saúde ou as práticas corporais

A segunda dificuldade identificada a partir das entrevistas gira em torno da questão da fragmentação do projeto, ou seja, ao mesmo tempo em que ele pode ser visto como um projeto integrado, também pode ser visto como um conjunto de práticas corporais isoladas:

*“... uma coisa que poderia ser boa, eu acho, que tem o seu lado positivo é a coisa do intersetorial, não é só a saúde, a gente tem uma outra secretaria, [outro] departamento envolvido (...); você não tem um foco só sobre qualquer problema que seja, não são só com as atividades físicas, você tem vários olhares (...). Eu acho que o que nós temos hoje [de bom], **para essas duas atividades**, [Caminhando para a Saúde e CFM] é o nosso relacionamento com o Lazer e com a Secretaria de Educação...”* (Sujeito 3).

*“... no nosso caso, **a gente tem parceria não só nas práticas orientais, mas tanto no Caminhando como no CFM**. A gente faz uma troca de verbas, até porque eles não podem estar contratando para esse tipo de atividade, para atender a terceira idade e aí a gente tem a total liberdade de gerenciar, definir; sabe, eles não interferem em nada...”* (Sujeito 2).

*“... no **caso do Caminhando para a Saúde e no caso do CFM**, que não têm como existir se não for de maneira conjunta, existem problemas nessa implementação contínua; então, em alguns momentos a gente tem dificuldade mesmo...”* (Sujeito 1).

*“... então, talvez a potencialidade é criar situações de sociabilidade, criar situações de lazer mesmo, de lazer no grupo, de maneira a fortalecer os vínculos, fortalecer os laços, de modo que a pessoa pratique atividade física com frequência, com prazer, enfim, nos seus grupos. **Isso eu acho que vale tanto para o Caminhando quanto para o CFM...**”* (Sujeito 1).

Essa fragmentação do todo, acompanhada pela ausência de uma unidade integral a qual MORIN (1996) se refere, pode ser entendida como uma dificuldade significativa da ação intersetorial no projeto Lazer e Saúde, pois podemos perceber que as referências ao projeto são na verdade referências aos programas, ou seja, fala-se muito das práticas oferecidas como o Caminhando para a Saúde, o CFM e o Lian Gong, mas fala-se pouco do projeto Lazer e Saúde como uma unidade. Essa forma de entender o todo vai ao encontro da lógica que predomina no trabalho, uma lógica dicotômica como ressalta WESTPHAL e MENDES(2000):

Na maioria das cidades, observa-se que a lógica de trabalho predominante é a prática institucional dicotômica. As ações são setoriais e muitos dos trabalhos chamados intersetoriais são, na verdade, desenvolvidos integradamente. Os setores da saúde, educação e ação social parecem ser os parceiros mais comuns. Muitas dessas iniciativas são informais, especialmente em municípios de pequeno porte, não envolvendo um trabalho prévio de planejamento. A integração se dá por projetos específicos que são definidos por um determinado setor. (WESTPHAL & MENDES, 2000, p. 56)

Segundo esses autores, algumas experiências no Brasil demonstram que, embora existam muitas dificuldades, “a forma de organização matricial, que assume a lógica de atuação por problemas como referência e a interdisciplinaridade e intersetorialidade como forma de abordagem” (WESTPHAL & MENDES, 2000, p. 57) é a que tem tido maior êxito em algumas cidades brasileiras. Ainda de acordo com os autores, os modelos de gerenciamento de projetos intersetoriais podem ser divididos em três tipos de formato e podem ser divididos em três tipos de formato.

O primeiro pressupõe que as secretarias e os outros órgãos segmentados por áreas de conhecimento sejam substituídos por um corte territorial, seguindo a lógica da descentralização e da intersetorialidade. Com esse novo entendimento, caberia às secretarias regionais – não mais setoriais – a missão de identificar os problemas de seu território geograficamente delimitado e planejar de forma integrada as ações para a melhoria de qualidade de vida da população de sua jurisdição. E, de acordo com WESTPHAL e MENDES (2000, p. 57-58), esse formato vem sendo desenvolvido e experimentado no município de Fortaleza há quatro anos.

O segundo formato, adotado pelo município de Curitiba, está baseado em mudanças graduais e processuais, de modo que a sua essência não está

fundamentada em mudanças de estrutura nem de legislação e sim em mudanças inovadoras e graduais no aparato administrativo. No caso de Curitiba, a administração transformou todas as propostas de campanha em 24 projetos estratégicos e intersetoriais que permeavam por todos os setores da estrutura organizacional, mantendo inclusive os cargos e funções gratificados. Cada um dos órgãos manteve sua função específica, porém agregou sua especificidade na construção dos projetos intersetoriais que se desenvolveram através da lógica de problemas e territórios (WESTPHAL & MENDES, 2000, p. 58).

Para esses autores, segundo a concepção de INOJOSA⁴⁷ (1999 apud WESTPHAL & MENDES, 2000, p. 59), um terceiro formato seria a articulação dos setores em redes de parcerias entre órgãos governamentais, não-governamentais e a comunidade para a resolução de problemas de uma população que vive em um determinado território. WESTPHAL e MENDES relatam que não foi identificada nenhuma cidade inserida no movimento nacional que se utiliza desse modelo de articulação intersetorial, porém existem municípios envolvidos em outras “agendas” semelhantes, adotando esta forma de ação articulada.

Pelo que foi exposto até o momento, nos parece que o mecanismo de gerenciamento do projeto Lazer e Saúde acompanha mais este terceiro formato. O projeto não faz parte de nenhuma proposta intersetorial e nem surgiu de mudanças de estrutura e legislação; pelo contrário, a estrutura administrativa das duas secretarias envolvidas permaneceu a mesma, tendo sido firmada uma parceria⁴⁸ com uma OSCIP - Organização da Sociedade Civil de Interesse Público - para a contratação dos monitores que conduziram as práticas.

⁴⁷ INOJOSA, R. M. Movimento Municípios Saudáveis: aspectos legais relacionados à operacionalização e implementação do planejamento intersetorial. In: **Seminário Nacional Movimentos Saudáveis: Aspectos Conceituais, Legais e Operacionais**. Anais... São Paulo, Faculdade de Saúde Pública/USP, 1999.

⁴⁸ O Termo de Parceria é uma das principais inovações da Lei das OSCIPs. Trata-se de um novo instrumento jurídico criado pela Lei 9.790/99 (art. 9º) para a realização de parcerias unicamente entre o Poder Público e a OSCIP para o fomento e execução de projetos. Em outras palavras, o Termo de Parceria consolida um acordo de cooperação entre as partes e constitui uma alternativa ao convênio para a realização de projetos entre OSCIPs e órgãos das três esferas de governo, dispondo de procedimentos mais simples do que aqueles utilizados para a celebração de um convênio (SEBRAE).

5.1.4. Dono, parceiro ou colaborador

Um terceiro ponto de dificuldade é o entendimento do que é uma parceria e quais as suas implicações no gerenciamento de projetos intersetoriais. De acordo com GOUMANS⁴⁹ (1997), a “intersectorialidade pode ocorrer em diferentes níveis e entre diferentes esferas. A retórica da colaboração defende que os atores são iguais, isto é, têm igual poder de colaborar entre si”, no entanto a questão da parceria “envolve a idéia de conflito, considerando que atores têm graus bastante variados de condições e de poder, devido às iniquidades estruturais subjacentes, tais como o acesso ao dinheiro, informação ou poder” (GOUMANS, 1997 apud WESTPHAL & MENDES 2000, p. 55). Assim as questões relativas às parcerias encerram conflitos constantes que devem ser identificados, debatidos e resolvidos para o aprimoramento da intersectorialidade e não podem ser entendidos e simplificados como um simples trabalho em conjunto ou através de uma relação de posse.

*“... parceria é complicado (...) eu sempre achei que a Saúde eram os nossos parceiros, mas eu ouvi ao contrário, que nós é que somos parceiros da Saúde, apesar de gerenciarmos o programa e fazer todo o acompanhamento. Os entendimentos sobre parceria são complicados porque **parceria é trabalhar em partes iguais**, mas o que eu vejo hoje, o que prevalece é o seguinte: quem mantém financeiramente o programa é o dono dele e os demais são parceiros, mesmo que a participação seja só no financiamento. No caso da Saúde, tendo uma conversa com o pessoal da comunicação, (...) ele usou exatamente essa expressão “Ah! eu pensei que era ao contrário, eu sempre ouvi dizer que vocês é que são parceiros deles, porque lá na Saúde eles dizem ... **que o programa é deles e vocês é que são parceiros**”. Então acho meio desconexo essa relação de parcerias, o entendimento que as pessoas têm sobre isso...” (Sujeito 2).*

“... aqueles gerentes que ficam responsáveis pela ação cotidiana têm interesse, tem um movimento muito interessante, agora as pessoas

⁴⁹ Goumans, M. *Innovations in a fuzzy domain. Healthy cities and (health) policy development in the Netherlands and the United Kingdom*. Maastricht, Faculty of Health Sciences, University of Maastricht, 1997. (PhD Thesis.).

que se colocam como parceiros nem sempre se posicionam da maneira esperada, atuam ou se comprometem da maneira esperada (...). Além disso, como a gente presta serviço em locais que não necessariamente são da nossa gerência (...) e a gente encontra resistências de outras ordens. Então, se você vai levar um serviço novo, Caminhando para Saúde por exemplo, ele acontece em Unidades de Saúde e essas Unidades têm responsáveis; muitas vezes esses responsáveis acham que a chegada desse programa trata-se de uma inovação, trata-se de um benefício para a Unidade e outras vezes ao contrário, as pessoas acham que isso vai atrapalhar o andamento da Unidade e me parece que a questão de fundo é um entendimento da política de saúde...” (Sujeito 1).

O primeiro passo para se trabalhar em parceria está baseado no reconhecimento do não conhecimento, ou seja, da insuficiência do que já é sabido e da necessidade de se criar novas alternativas que dependam da influência e articulação de outros saberes (Rede Unida⁵⁰).

O segundo passo está na predisposição dos vários segmentos em abrir mão de parcelas de poder para viabilizar a ação intersetorial, o que não pressupõe ausência de conflito ou de contradições, ao contrário, eles estão presentes todo o tempo e aprender a desenvolver tolerância, capacidade de escuta e de negociação faz parte do processo” (Rede Unida⁵¹).

Os caminhos da construção da intersetorialidade são tortuosos, pois o novo é novo, mas também é incompleto, cheio de imperfeições e desafios, vem sempre carregado de velho e precisa sempre ser reinventado outra vez. E aprender a conviver com a incerteza, com a insegurança de não dispor de todas as respostas é parte importante do processo. Por isso mesmo, esses não são caminhos fáceis; envolvem sofrimento e confusão, ao lado do prazer da descoberta de novos olhares, novas possibilidades e novas saídas. (Rede Unida)

⁵⁰ A Rede UNIDA reúne projetos, instituições e pessoas interessadas na mudança da formação dos profissionais de saúde e na consolidação de um sistema de saúde equitativo e eficaz com forte participação social. A principal idéia força da Rede Unida é a proposta de parceria entre universidades, serviços de saúde e organizações comunitárias. O texto sobre intersetorialidade foi acessado pelo site < http://www.redeunida.org.br/producao/div_interset.asp > em 19/01/2008

⁵¹ O artigo sobre intersetorialidade da Rede Unida faz uso de algumas idéias do livro de Habermas, J. Consciência Moral e Agir Comunicativo. Tempo Brasileiro, Rio de Janeiro, 1989

Nesse sentido, podemos acrescentar à definição de intersetorialidade, proposta por Junqueira (1998), novos elementos, na medida em que a partir da análise dos resultados obtidos com este estudo, verificamos o papel que a construção de linguagens e conceitos específicos para cada situação se mostram relevantes para esse tema. Assim, poderíamos conceber a intersetorialidade como uma articulação entre conhecimento e experiências no planejamento, realização e avaliação de políticas, programas e projetos com o objetivo de construir novas linguagens, sincrônicas e diacrônicas⁵², e conceitos para atender às necessidades e expectativas das comunidades e grupos populacionais específicos em determinado espaço geográfico de forma sinérgica e integral.

5.1.5. Comunicar é costurar

A dificuldade de comunicação também é um outro ponto importante com relação às ações intersetoriais eficazes. Nos relatos a seguir, verifica-se que a falta de comunicação não impede apenas o conhecimento de ações implementadas por outros departamentos da Prefeitura, mas impede o conhecimento do próprio projeto Lazer e Saúde. A comunicação é a “costura da ação intersetorial”, na medida em que reúne as partes e dá unidade ao todo, expõe o conflito, mas permite a solução.

*“... hoje **eu tenho dificuldade de falar com outros departamentos.** Lazer, por exemplo, eu não sei quem é a **pessoa de referência**, eu não sei quem é a pessoa de referência no Serviço Social..., a gente fica fechado na Saúde. Por exemplo, o Lazer faz atividades que poderiam ser passadas para nós e que a gente poderia divulgar para esse grupo participar também. O Parque Escola tem cursos gratuitos, coisas muito legais que a gente não tem como divulgar, porque a gente não sabe. **A comunicação não é muito bem feita. Acho que a gente tem um problema de comunicação...**” (Sujeito 6).*

⁵² O termo sincrônico refere-se a comunicação estabelecida pelo uso da palavra articulada ou escrita entre pessoas que ocorre ao mesmo tempo. O termo diacrônico, também se refere a esta comunicação, porém ao longo do tempo.

*“... que eu me lembre não [outras ações da rede básica de saúde], **porque é o que a gente sempre fala, a gente se conversa pouco, sabe pouco dos outros departamentos...**” (Sujeito 5).*

“... a Secretária da Saúde, na verdade, não quer que a gente fique fixando as coisas na parede por causa de poluição visual; então, a minha intenção era fazer lá fora, mas você viu a cobertura linda e maravilhosa que eles fizeram lá? Quando chove, molha tudo em volta, mas se tivesse feito uma cobertura decente, eu acho que eu poderia aproveitar muito bem esse corredor para fazer uma divulgação...” (Sujeito 7).

CAMPOS (2007, p. 403) vai mais além, ao apontar não somente para a importância de se facilitar a comunicação entre os diferentes atores, como para a necessidade de se montar um sistema que produza um compartilhamento sincrônico e diacrônico das responsabilidades de acordo com cada projeto. No entanto, ressalta um dado fundamental para isso:

O papel de cada instância, de cada profissional, deve ficar bem claro. Alguém deve se responsabilizar pelo segmento longitudinal e pela construção de uma lógica que procure integrar a contribuição dos vários serviços, departamentos e profissionais. Em geral, esse papel cabe a integrantes da equipe de referência. Com certeza, não é essa a tradição de funcionamento dos serviços de saúde. (Campos, 2007, p. 403)

O relato do sujeito 6 aponta nessa mesma direção quando se refere à falta de alguém que assuma o papel da referência na comunicação entre os diversos departamentos da Prefeitura.

Essa análise temática dos resultados nos possibilitou o desvendar dos vários assuntos relevantes ao processo de implementação do projeto Lazer e Saúde. Faz-se necessário esclarecer que, embora tenhamos enfatizado os temas mais relevantes em nossa análise quantitativa, todos são igualmente importantes, pois cada local tem a suas peculiaridades e um tema que não tenha se destacado pode, naquele local, ser de grande importância.

O aprofundamento na questão da intersetorialidade, nos permitiu compreender as várias facetas que o envolve, mostrando a sua complexidade e importância no processo de implementação do projeto Lazer e Saúde.

6. ANÁLISE DOS SUJEITOS

Na segunda etapa da verificação dos resultados, chamada de análise dos sujeitos e realizada através da leitura vertical da matriz de resultados, verificamos em que medida os relatos dos entrevistados se aproximam ou se afastam do campo da Saúde Coletiva e do conceito das práticas corporais.

Iniciamos com uma caracterização desse campo, para em seguida proceder a análise propriamente dita, estruturada da seguinte maneira: 1. Breve resumo da história de vida do sujeito; 2. Aproximação do relato do sujeito com o campo da Saúde Coletiva e com os conceitos das práticas corporais; 3. Apresentação de recortes das transcrições dos relatos utilizados na análise, valendo-se da fonte de texto VERALETE SUBLINHADO para referir-se às aproximações com alguns marcos conceituais do campo da Saúde Coletiva, e do **negrito** quando se referir ao seu distanciamento.

Para que o leitor possa acompanhar esse processo de análise, apresentamos os respectivos relatos dos sujeitos separados de acordo com os aspectos pertinentes ao campo da Saúde Coletiva.

6.1. A Saúde Coletiva

Nosso entendimento sobre a área denominada de Saúde Coletiva, encontra-se apoiado na descrição feita por CARVALHO e CECCIM (2006), em que a concebem como campo de produção de conhecimento e de intervenção profissional especializada, bem como interdisciplinar, em que não há limites precisos ou rígidos entre diferentes escutas, diferentes olhares, pensamentos e produção da saúde. Nesse sentido, ambos sugerem alguns marcos conceituais importantes para a sua caracterização:

“... o cruzamento entre diferentes saberes e práticas; a ênfase na integralidade e equidade na lógica do SUS; a superação do biologicismo e do modelo clínico hegemônico (centrado no saber e prática médica, na doença, nos procedimentos, no especialismo e na orientação hospitalar); a valorização do social e da subjetividade; a valorização do cuidado e não da prescrição, o estímulo à convivência e ao estabelecimento de laços entre a população e os profissionais de saúde; a atenção à saúde organizada com base na lógica do cuidado e não da doença; a crítica a medicalização e ao “mercado da cura”; entre outros princípios.” (CARVALHO & CECCIM, 2006, p. 151)

Com base nessa concepção teórica, procuramos analisar os relatos dos sujeitos, destacando os aspectos relevantes em cada caso, a fim de categorizá-los de acordo com os referenciais propostos pelos referidos autores. Faz-se necessário destacar que muitos deles se inter-relacionam, de modo que a organização dos relatos será feita por maior proximidade com um determinado assunto, o que não exclui a sua interdependência com um outro. Destacamos também, que com base na descrição feita pelos autores e nos princípios gerais do SUS, acrescentamos um outro marco conceitual intitulado “Gestão do serviço baseada na participação comunitária”, no sentido de aprofundar um pouco mais a categorização, na medida em que este foi um aspecto relevante observado na maior parte dos relatos.

6.1.1. Sujeito 1:

Profissional formado em Educação Física, com especialização em Recreação e Lazer. Atuou em empresa de entretenimento, lecionou em Instituições de Ensino Superior e em escolas particulares. Trabalhou na rede pública, tanto na Prefeitura de Santo André como de Mauá, na área de esporte e lazer. Atualmente, ocupa cargo de gestão na da Secretaria de Cultura, Esporte e Lazer do município de Santo André.

Com relação às práticas corporais, o sujeito 1 demonstra preocupação com a possibilidade de melhora da acessibilidade e da autonomia dos munícipes, destacando uma peculiaridade para cada um dos conjuntos de ações oferecidos pelo Departamento de Lazer. No caso das Práticas Orientais, enfoca a questão do acesso gratuito para atividades oferecidas pelo mercado privado, mas não pelo poder público. No caso do Caminhando para a Saúde, a autonomia do praticante se

evidencia, pois se entende que a pessoa sente prazer no caminhar e poderá fazê-lo mesmo fora do programa. Já no caso do CFM, enfatiza-se a qualidade de vida, quando se refere às possibilidades dos usuários participarem de outras práticas corporais após um fortalecimento muscular.

O sujeito 1 faz uma crítica com relação à precariedade da participação comunitária nas discussões dos serviços públicos, na medida em que a população aguarda que o poder público tome iniciativas para provê-las. Revela que, mesmo assim, a população tem se mobilizado de alguma maneira e conquistado resultados significativos, como no caso da inclusão do financiamento do Lian Gong no Orçamento Participativo. Apesar de se referir à existência de canais de comunicação com a comunidade, não os exemplifica e nem aponta para outras formas de diálogo e possíveis dificuldades que poderiam existir em função disso.

No entanto, esse entrevistado ressalta a importância de fortalecer os vínculos, criar situações de sociabilidade e de lazer em grupo com os participantes do programa Caminhando para a Saúde e do CFM, pois percebe, vista sua experiência, que só a frequência não cria uma condição de aderência à prática.

Relaciona as dificuldades de implementação e administração das práticas corporais com uma falta de entendimento conceitual do que é Saúde, não só do ponto de vista do Departamento de Lazer, mas sobretudo na própria Secretaria de Saúde. Nesse sentido, evidencia-se uma contradição na visão dos gerentes das US, pois uns entendem a implementação das práticas corporais no Sistema Público de Saúde como um benefício e outros como algo questionável. Essa dicotomia compromete uma unicidade de pensamento e de ações para o desenvolvimento do trabalho.

Entendemos que o sujeito 1 se aproxima do campo da Saúde Coletiva quando evidencia preocupação com a diversificação das práticas corporais de maneira gratuita, a valorização do social, a formação do grupo, a possibilidade de criação de ações de lazer e a gestão do serviço baseada na participação comunitária. Entretanto, dele se afasta quando não aponta para um entendimento integral das práticas corporais, ou seja, quando discute o que é bom e o que é ruim

para uma ou outra prática, mas não se refere aos aspectos positivos e negativos do todo.

Por estar vinculado ao Departamento de Lazer e demonstrar pouca afinidade com os problemas e dificuldades enfrentados pela Secretaria de Saúde com relação às práticas corporais, percebemos um afastamento desse sujeito do campo da Saúde Coletiva, na medida que não intensifica uma aproximação dos diferentes saberes e práticas em um projeto intersetorial.

Ênfase na integralidade e equidade na lógica do SUS

“... FIZEMOS A ESCOLHA PELAS PRÁTICAS ORIENTAIS, CONSIDERANDO QUE ELAS POSSUEM UM POTENCIAL GRANDE E QUE AS PESSOAS NÃO TÊM GRANDES POSSIBILIDADES DE ACESSO DE MANEIRA GRATUITA, ao que o mercado oferece, mas o poder público não fazia. (...) Então, com relação às Práticas Orientais, ao perceber esse crescimento, essa procura, A GENTE ACHOU POR BEM, ENQUANTO UM DIREITO, TORNAR POSSÍVEL A PRÁTICA GRATUITA DESSAS ATIVIDADES.”

“... O NOSSO INTERESSE EM RELAÇÃO À "CAMINHADA" É QUE ELA PODE SE TORNAR AUTÔNOMA COM GRANDE FACILIDADE, OU SEJA, A PESSOA GANHA ESSA CONDIÇÃO, GANHA AUTONOMIA, ADQUIRI PRAZER EM CAMINHAR; MESMO FORA DO PROGRAMA ELA PODE CONTINUAR A FAZER.”

“O CFM criou uma situação interessante de promover a atividade física dessa maneira que as pessoas estão acostumadas, essa coisa de musculação e tudo mais; mas a GENTE CONSEGUIU CHAMAR A ATENÇÃO PARA ISSO E RELACIONAR ISSO COM UMA QUALIDADE DE VIDA MELHOR PARA A TERCEIRA IDADE (...) Em relação ao CFM, a opção foi pensando em situações mais críticas daqueles idosos que com dificuldade de locomoção ou com problemas anteriores que não permitissem fazer a caminhada mesmo. Por exemplo, criar CONDIÇÕES PARA QUE ESSAS PESSOAS PRATIQUEM OUTROS TIPOS DE ATIVIDADES, TENDO COMO INÍCIO O FORTALECIMENTO MUSCULAR...”

A superação do biologicismo e do modelo clínico hegemônico

“... Então se você vai levar um serviço novo, “Caminhando para Saúde” por exemplo, ele acontece em Unidades de Saúde e essas Unidades têm responsáveis; MUITAS VEZES ESSES RESPONSÁVEIS ACHAM QUE A CHEGADA DESSE PROGRAMA TRATA-SE DE UMA INOVAÇÃO, TRATA-SE DE UM BENEFÍCIO PARA A UNIDADE e outras vezes ao contrário, as pessoas acham que isso vai atrapalhar o andamento da Unidade e me parece que a questão de fundo é um entendimento da Política de Saúde, uma coisa curativa, uma coisa só da doença ou ao contrário, UMA COISA QUE É A PROMOÇÃO DA SAÚDE VIA ATIVIDADE FÍSICA, VIA LAZER. Então, por trás dessa posição dos gestores, vem essa compreensão do que seria Saúde, me parece.”

Gestão do serviço baseada na participação comunitária

“... a participação em termos (...) de discussão da política que está sendo desenvolvida, é precária. O que a gente percebe é que apesar dos inúmeros canais de participação, essa cultura de participação cidadã é precária ainda aqui em Santo André. Isso vale também para o “Caminhando para a Saúde” e para o CFM. As pessoas têm uma postura de aguardar o poder público para provê-las de serviços, mas o contrário, vir discutir o serviço, participar organicamente do serviço a gente não assiste... Essa participação fica restrita muito ao número de pessoas.”

“... O LIAN GONG EM ALGUMAS DAS UNIDADES DE SAÚDE É FRUTO DA CONQUISTA DO ORÇAMENTO PARTICIPATIVO. E ENTÃO, EM ALGUMAS UNIDADES DE SAÚDE (...) O LIAN GONG SÓ EXISTE PORQUE ELE É OBJETO DE CONQUISTA DA COMUNIDADE ORGANIZADA E DE DEMANDAS APROVADAS NO ORÇAMENTO PARTICIPATIVO. ENTÃO EU ACHO QUE ISSO JÁ INDICA UMA FORMA DE PARTICIPAÇÃO DIFERENCIADA DA POPULAÇÃO.”

Estímulo à convivência e ao estabelecimento de laços entre a população e os profissionais de saúde

“... no que pese a gente já ter tentado fazer isso várias vezes, é CRIAR NOVOS VÍNCULO COM AS PESSOAS QUE JÁ PARTICIPAM DO PROGRAMA. A nossa dúvida é qual que é a motivação inicial das pessoas para participar desse programa. Se é buscar a atividade física, muito bem; agora, a partir disso A EXPERIÊNCIA NOS MOSTRA QUE ISSO SÓ NÃO SEGURA A PESSOA, NÃO FAZ COM QUE A PESSOA SE FIXE À ATIVIDADE FÍSICA, AO NOSSO PROGRAMA. ENTÃO, TALVEZ A POTENCIALIDADE É CRIAR SITUAÇÕES DE SOCIABILIDADE, CRIAR SITUAÇÕES DE LAZER MESMO, DE LAZER NO GRUPO, DE MANEIRA A FORTALECER OS VÍNCULOS, FORTALECER OS LAÇOS, DE MODO QUE A PESSOA PRATIQUE ATIVIDADE FÍSICA COM FREQUÊNCIA, COM PRAZER, ENFIM, NOS SEUS GRUPOS. ISSO EU ACHO QUE VALE TANTO PARA O “CAMINHANDO” QUANTO PARA O CFM...”

6.1.2. Sujeito 2:

Formado em Ciências Sociais e Geografia. Foi contratado pela Prefeitura de Santo André há mais ou menos 15 anos, como Agente de Lazer. Tem experiência com os Centros Comunitários e CESAS. Apesar de já ter atuado em outras gerências, atualmente ocupa um cargo de gerência de formação e lazer no Departamento de Lazer da Prefeitura de Santo André e é um dos responsáveis pelo projeto Lazer e Saúde.

O sujeito preocupa-se com a participação do munícipe na gestão dos programas oferecidos pelo Departamento de Lazer e faz uma autocrítica nesse sentido, pois sugere que essa questão está muito enfatizada, ainda que não tenham conseguido implementá-la. Além disso, relata uma mobilização comunitária, através da inclusão dos financiamentos do Lian Gong e do Caminhando para a Saúde no Orçamento Participativo, o que possibilitou torná-los permanentes.

Por outro lado, quando se discute a inclusão da Dança Circular no contexto das Práticas Orientais, o sujeito 2 não aponta para uma discussão conjunta com a comunidade; apenas refere-se a uma conversa com a professora responsável

pelo Lian Gong, antes de sua implementação. Indica que, muitas vezes, essa participação comunitária fica restrita a um questionamento do participante. E a solução dos problemas fica a cargo do Departamento de Lazer que também não promove nenhuma discussão técnica, visto não haver esse tipo de gerência no local.

Estabelece, também, uma relação positiva entre a sociabilidade e a qualidade de vida para as pessoas da terceira idade, enfatizando que as práticas corporais contribuem tanto para o aspecto físico, como mental e psicológico, na medida em que é possível perceber maior disponibilidade e alegria dos participantes. Porém, quando enfoca a necessidade de se trabalhar com a terceira idade, salienta uma preocupação com o aumento da quantidade de pessoas atendidas pelos programas, já que essa é uma faixa da população que está crescendo na cidade. Nesse sentido, ao analisarmos o relato desse sujeito, percebemos um enfoque mais funcionalista, haja vista que salienta a quantidade de atendimentos realizados em detrimento da qualidade do trabalho prestado.

Quando indagado sobre a Política Nacional de Promoção da Saúde, deixa clara sua dificuldade em distinguir os conceitos de Prevenção de Doenças e de Promoção de Saúde. Assim, o sujeito considera o primeiro conceito como uma das grandes preocupações do Serviço Público de Saúde, dele se aproximando no momento em que estabelece uma relação entre demanda e prevenção, isto é, acredita que o Serviço de Saúde conseguiria equilibrar a relação oferta-procura com a inclusão de atividades preventivas.

Quando comenta sobre as formas de divulgação das práticas corporais, reafirma sua inquietação com o aumento do número de participantes e destaca a integração entre esses grupos. No entanto, não demonstra uma preocupação com a qualidade dos conteúdos nem com o estabelecimento de laços entre os participantes e os profissionais responsáveis pela condução das práticas corporais.

Esse entrevistado evidencia uma falta de clareza com relação ao conceito de práticas corporais, pois não se posiciona quanto à questão da dança de salão estar ou não vinculada ao projeto Lazer e Saúde. Limita-se a relatar que muitas

peessoas entendem que não deveria fazer parte, pelo fato de ser uma atividade física e, portanto, mais uma atividade de lazer.

Entendemos que esse sujeito tem pouca afinidade com o campo da Saúde Coletiva, pois desconhece alguns conceitos como o da Promoção da Saúde e o de práticas corporais, que são fundamentais para gerenciar o projeto Lazer e Saúde sob esse enfoque. Além disso, é possível perceber uma elevada preocupação com a funcionalidade do projeto, pela divulgação de horários, locais e número de participantes, em detrimento ao estímulo à convivência, ao estabelecimento de laços entre a população e os profissionais de Saúde, bem como a organização do serviço com base na lógica do cuidado. Por outro lado, percebemos uma valorização do aspecto social e uma preocupação com a criação de um canal de participação popular na gestão dos programas, embora não tenha citado nenhuma ação nesse sentido.

Gestão do serviço baseada na participação comunitária

“A gente não conseguiu hoje um canal de participação da população e isso sempre foi uma coisa que a gente se cobrou: como poderíamos melhorar a participação do munícipe na gestão dos programas? Mas a gente não conseguiu...”

“Em momentos importantes essa população se mobilizou bastante, e se a gente tem HOJE O LIAN GONG E A CAMINHADA EM VÁRIOS LOCAIS, FOI POR CONTA DA MOBILIZAÇÃO DESSE PESSOAL; POR EXEMPLO, SÃO DEMANDAS DO ORÇAMENTO PARTICIPATIVO. E ENTÃO, A GENTE CONSEGUIU POR ESSE LADO.”

*“(...) Essa questão do Lian Gong foi meio preocupante. Conversando com a professora, a gente pensou no que a gente poderia fazer, **não para melhorar o atendimento, mas diversificar um pouco, para não ficar uma coisa muito repetitiva. Foi aí quando a gente pensou em introduzir as danças circulares.**”*

“A gente faz um acompanhamento meio que estatístico, de números, de problemas, mas não é um acompanhamento técnico não. A gente

não tem gerência técnica; o máximo que acontece é que se você tem algum tipo de questionamento dos participantes, a gente tenta conversar até para entender o que está acontecendo. Mas é assim. Não tem ninguém na equipe que tenha conhecimentos sobre as atividades, a ponto de chegar e estar fazendo uma discussão técnica; isso não tem.”

Valorização do social, da subjetividade

“(…) Na Prefeitura, a gente focava muito nas crianças, ficava muita recreação, atividade de lazer voltada para a criança, no máximo jovem e adolescente. E pelo que a gente percebe hoje, o público que mais cresce é a terceira idade. Então eu acho que não só pensando na questão da saúde - que isso é indiscutível, eu acho que melhora realmente a qualidade de vida das pessoas - MAS NA QUESTÃO DA SOCIABILIDADE TAMBÉM, QUE ACHO QUE ESSAS ATIVIDADES PROMOVEM PARA ESSE PÚBLICO DA TERCEIRA IDADE. SÃO VÁRIOS ASPECTOS QUE MELHORAM A QUALIDADE DE VIDA COMO UM TODO, NÃO SÓ NO ASPECTO FÍSICO MAIS MENTAL, PSICOLÓGICO E VOCÊ PERCEBE A DISPONIBILIDADE, SABE, DAS PESSOAS DA ALEGRIA QUE ELAS PARTICIPAM...”

*“ (...) a gente está focando num público que daqui para frente tem só a crescer na cidade. Acho que a gente trabalha para o futuro nesse sentido, com uma visão do futuro. **Se a gente fica só pensando nas crianças, acho que a gente ia ficar com um público cada vez mais limitado; acho que a gente está trabalhando com uma visão para o futuro.**”*

Atenção à saúde organizada com base na lógica do cuidado e não da doença

“Quando você falou da Política Nacional de Promoção da Saúde, eu acredito, apesar de não conhecer, que existe um senso comum, a questão da prevenção da doença é trabalhar no sentido de você não levar o indivíduo... não é tratar da doença e assim melhorar ... fazer com que ele tenha saúde ... Até porque o Serviço Público de Saúde tá

né ... eu percebo que na Saúde tem muito essa preocupação, porque eles não conseguem atingir a demanda. Se eles puderem evitar com todas essas atividades preventivas, para ele será bem melhor; com certeza vai desafogar...”

Estímulo à convivência e ao estabelecimento de laços entre a população e os profissionais de saúde

*“... um esclarecimento ao público seria bem importante para gente até aumentar a procura. Acho que muita gente até nem participa por não ter conhecimento de determinado serviço. (...) OS NOSSOS PROGRAMAS, ELES TÊM DOIS MOMENTOS: TÊM AS AULAS E TÊM OS EVENTOS QUE A GENTE REALIZA NÃO SÓ PARA DIFUNDIR A ATIVIDADE E ATINGIR NOVOS PÚBLICOS, MAS FAZER UM ENCONTRO, UM INTERCÂMBIO ENTRE OS GRUPOS (...) **Agora a gente vai disponibilizar nos parques um banner com a programação (...) com todas atividades que são oferecidas, os horários, locais, direitinho e o telefone do departamento para a pessoa poder entrar em contato. A gente tem um retorno grande por exemplo da agenda e a gente tem conseguido umas matérias boas na revista da COOPE, que tem uma grande circulação no ABC.**”*

Ênfase na integralidade e equidade na lógica do SUS

*“... tem horas que a gente pensa que a dança de salão não estaria dentro desse projeto Lazer e Saúde, já que trabalha com atividade física. Essa coisa toda é controversa: TEM GENTE ACHA QUE SIM e outras pessoas acham que não, que é mais uma atividade de lazer mesmo. **Aí eu não sei qual é o seu enfoque .**”*

6.1.3. Sujeito 3:

Formado em Medicina há 14 anos. Iniciou sua carreira na Prefeitura de Santo André na área de Saúde, atuando no atendimento de pronto-socorro. Após

permanecer mais de seis anos nesse setor, passou a ocupar cargo de gestor na Secretaria de Saúde do município de Santo André.

O sujeito 3 entende o cuidado com o idoso na medida em que destaca a possibilidade de vinculá-lo a um grupo de pessoas em local adequado e com profissionais especializados na orientação de exercícios adequados às suas capacidades.

Destaca a grande importância da participação e do convencimento médico no programa Caminhando para a Saúde, pois entende que o médico, após a indicação de uma determinada prática corporal ao seu paciente, assume inteira responsabilidade por ele e isso é um dos fatores que contribuem para a sua adesão aos programas. Por outro lado, o sujeito 3 não menciona outras possibilidades de participação e vínculo desse profissional nos programas de práticas corporais.

Ele, defende a possibilidade da Unidade de saúde não ser apenas um local no qual as pessoas procuram quando estão com dor ou em busca de algum tipo de medicamento, e sim, um local onde possam se reunir e discutir saúde. Porém, nos seus exemplos chama novamente o foco para a doença, na medida em que a enfatiza e a coloca no centro das suas ações.

Fala de saúde com grande ênfase no conceito da Promoção da Saúde, uma vez que enfatiza a necessidade de se ter esgoto na rua ou uma calçada adequada. Aponta a necessidade de focar as ações nos determinantes sociais e percebe a possibilidade das práticas corporais contribuírem para a Promoção da Saúde, uma vez que também se encontram relacionadas ao exercício da cidadania.

Ressalta que um dos principais objetivos do CFMs é a preparação física dos sedentários e das pessoas que têm dificuldades de locomoção, para que possam ter a oportunidade de participar de outras atividades físicas ou de lazer, mas não menciona outros objetivos e possibilidades para esses centros.

Esse sujeito também salienta que houve um avanço na área da Saúde Pública verificado na gestão dos Serviços de Saúde atrelados à participação popular, embora deixe claro que esse processo ainda tenha que avançar.

Nesse contexto, é possível perceber uma aproximação com os marcos conceituais da Saúde Coletiva e da Promoção da Saúde, principalmente quando se refere aos aspectos positivos alcançados com a implementação das práticas corporais no Sistema Público de Saúde. Porém, essas aproximações não estão enraizadas, haja vista que o sujeito destaca um viés clínico quando se refere à participação do médico, quando utiliza exemplos referentes à organização do serviço pautados na doença – dietas para hipertensos ou obesos – ou ainda quando fundamenta a existência dos centros de fortalecimento vinculados prioritariamente à preparação das pessoas sedentárias e com dificuldades de locomoção. Essas considerações nos remetem a um entendimento de que as práticas corporais estão focadas na lógica da atividade física, ou seja, a preparação física e a prescrição dos exercícios estão centradas na doença

Faz-se necessário esclarecer que a participação do médico é muito importante no processo de implementação e funcionamento das práticas corporais na US; porém, sua vinculação não deve se restringir à lógica do saber e da prática médica; é preciso pensar no coletivo, em outras formas de participação desses profissionais, facilitando a adesão e diminuindo a resistência encontrada.

Superação do biologicismo e do modelo clínico hegemônico

*“... se você **não divulga dados, você não convence os profissionais da área médica e aí principalmente o médico. O médico já tem uma certa resistência, porque qual é o olhar do médico? Ele acha que naquele momento que ele orientou uma pessoa para fazer atividade, parece que ele assumiu a responsabilidade do tempo inteiro daquela pessoa. A gente tem que mostrar para ele – olha, as pessoas estão participando, estão freqüentando, a média de vezes que a pessoa vem é essa, as pessoas têm dado seus relatos pessoais que está sendo bom – enfim, a gente tem que levar isso para eles aderirem, para eles assumirem o programa para eles e não é só com médico ...”***

*“... Então adotar alguns critérios de avaliação, **mesmo na avaliação clínica, eu acho que falta é isso, vamos medir isso, isso não é o que vai dizer, mas eu acho que falta medir ...**”*

Valorização do social, da subjetividade

“Eu acho que o FATO DO PERTENCIMENTO, A PESSOA TER UM GRUPO QUE ELA VAI FREQUENTAR, ELA TEM UM GRUPO DE PESSOAS QUE ESTÃO AGUARDANDO POR ELA NAQUELE DIA PARA FAZER A CAMINHADA E, ENTÃO, TEM A SOCIALIZAÇÃO, QUE EU ACHO QUE É IMPORTANTE.”

Valorização do cuidado e não só da prescrição

*“No idoso principalmente, abrir um programa que você permita que o IDOSO TENHA O LOCAL DELE ALI, QUE ESTÁ ESPERANDO POR ELE **com um profissional especializado para orientar e fazer um exercício que até então era um exercício de moçada**, eu acho que esse cuidado com o idoso, também faz parte da parte positiva.”*

Atenção à Saúde organizada com base na lógica do cuidado e não da doença

*“Em um primeiro momento, o **objetivo [dos CFMs] era preparar as pessoas que têm uma vida sedentária, que têm suas dificuldades de locomoção, prepará-las para que elas possam participar de outras atividades de lazer ou de atividades físicas** que a gente pode disponibilizar, por exemplo o “Caminhando”; acho que esse é o nosso foco principal.”*

“DENTRO DA UNIDADE, QUE ELA SEJA O PONTO DE ENCONTRO PARA SE FALAR DE SAÚDE NO SENTIDO AMPLO, PARA QUE A PESSOA NÃO FREQUENTE A UNIDADE PORQUE TEM QUE TOMAR VACINA, PORQUE TEM QUE PESAR O NENÊ OU PORQUE AGORA SENTIU UMA DOR E EU VOU LÁ PARA VER O QUE É ESSA DOR; QUE A UNIDADE NÃO SEJA UMA UNIDADE DE DOENÇA, mas de Promoção da Saúde, ou seja, que ela vá porque ela tem um grupo ali, que ela pode frequentar,

*porque a gente tem um grupo ou orientação nutricional. Então, **ela vai lá para preparar a dieta dela porque ela é hipertensa, porque ela está acima do peso; então, ela tem que ver o serviço de saúde como um local para realmente discutir saúde.***”

“A gente tem um conceito, que eu devo ter aprendido lá pela sexta ou sétima série, de que saúde é um bem-estar físico e mental e toda aquela coisa, e hoje a saúde vai muito além de tudo isso que a gente viu até hoje. Ela depende de várias variáveis; então, pensar hoje o serviço de saúde é pensar na promoção. Então, pensar atividade física, pensar a orientação da atividade, eu acho que é justamente pensar naquilo que a gente pode chamar de saúde, que é essa amplitude enorme que é saúde. SAÚDE É TER ESGOTO NA RUA, SAÚDE É TER UMA CALÇADA BOA, É TER UM PARQUE PARA GENTE PRATICAR; então, é ampliar o conceito, como ele já é ampliado por si só. EU ACHO QUE PENSAR NA ATIVIDADE FÍSICA É JUSTAMENTE ISSO: É COMEÇAR A CAMINHAR PARA AQUILO QUE É A PROMOÇÃO DA SAÚDE E É O OBJETIVO NOSSO.”

Gestão do serviço baseada na participação comunitária

“... acho que você TER HOJE UMA GESTÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE COM UMA PARTICIPAÇÃO POPULAR, QUE A GENTE TEM, ISSO JÁ É UM GRANDE AVANÇO, mas acho que a gente tinha ainda que avançar um pouquinho mais nesse sentido.”

6.1.4. Sujeito 4:

Trabalha na área da Saúde desde 1977 e participou do processo de implantação e consolidação do SUS. Iniciou na Prefeitura de Santo André em 1991 como Assistente Social, profissão em que se formou, mas logo assumiu as funções de gestão, gerenciamento e coordenação de equipe. Gerenciou Unidade e Programas de Saúde e foi diretor de departamento. Atualmente é diretor de um PA e

tutor de um dos cursos de facilitadores de educação permanente do Ministério da Gestão do Trabalho.

De modo geral, o sujeito 4 mostrou-se preocupado com a formação de uma gestão participativa, em que o cuidado, o vínculo de grupo e a integridade compõem a base desse processo. Fez críticas à fragmentação da comunicação, ao trabalho focado em pessoas e à ênfase na assistência à Saúde.

Estabelece uma relação direta entre a integridade e a sustentabilidade nos programas de saúde, pois acredita que se esses programas forem significativos para a população poderão se auto-sustentar, mesmo sem grandes financiamentos e recursos materiais, sobretudo se houver uma relação de co-participação entre os profissionais de saúde e os usuários.

Critica a forma de organização da atenção básica pautada em um modelo preestabelecido de atenção à saúde, com muitas regras e normas, o que tira a possibilidade de criatividade da rede de serviço. Sugere outra estrutura, que chamou de “desenho organizativo da saúde”, em que cada Unidade de Saúde tem uma certa autonomia em sua organização, cabendo ao poder público a tarefa de dar apoio e subsídios para que estas façam a sua própria gestão.

Retrata a importância do vínculo e da autonomia do munícipe como um dos pilares do programa Caminhando para a Saúde, o que possibilita a socialização e a organização do grupo, no sentido de sua participação em outras atividades de lazer, como passeios, viagens e visitas culturais.

Destaca, também, que o Caminhando para a Saúde é um dos projetos que a comunidade “tomou conta”, ou seja, é um trabalho que ganhou força no coletivo. Não só o grupo concorda que houve um ganho para a saúde, mas a Unidade também reconhece isso, porque percebe que o usuário procura menos o serviço.

O entrevistado relata que, atualmente, o Sistema de Atenção à Saúde está baseado em um modelo assistencial, de comunicação deficiente entre o pensar do trabalhador da Saúde e o usuário do sistema. Tal fragmentação compromete o cruzamento dos diferentes saberes e práticas, pois os gestores não conseguem fazer uma leitura conceitual do programa. Por outro lado, salienta a tentativa da Prefeitura

de Santo André de modificar essa base assistencial por meio do convênio estabelecido com a ENSP/FIOCRUZ no desenvolvimento de um curso de facilitadores de educação permanente, para instrumentalizar o trabalhador da Saúde para aprimorar o seu canal de comunicação com o serviço de Saúde e a população. Essa tentativa de agregar diferentes saberes e práticas (representantes de todas as áreas da Saúde, hospital, Unidade de Saúde e dos gabinetes), tem mostrado que iniciativas como a do programa Caminhando para a Saúde tem impacto na assistência e na produção de cuidado em Saúde, porque os idosos e as pessoas que o freqüentam acessam menos a Unidade Saúde com solicitações de consulta e exames e estão, de alguma forma, envolvidos com diversas questões relativas ao convívio em sociedade.

Menciona ainda, que esse grupo de educação permanente tem investido muito numa reflexão sobre o serviço de saúde para torná-lo “vivo” e dinâmico, na tentativa de formar uma malha ininterrupta de atenções e cuidados em saúde e trabalhar as questões relativas à Promoção da Saúde. Nesse sentido, sugere que a presença das práticas corporais se faz muito necessária para dar equilíbrio ao sistema de saúde e que o projeto acabará sendo reconhecido por promover a qualidade de vida e economizar em consultas médicas.

Desse modo, entendemos que esse sujeito tem uma forte ligação com o campo da Saúde Coletiva. Sua formação como Assistente Social, sua participação no processo de implantação e consolidação do SUS e a sua ação como tutor do curso de facilitadores de educação permanente do Ministério da Gestão do Trabalho podem ter contribuído para isso. Percebemos, também, que como o setor saúde é financeiramente deficiente, as ações de prevenção da doença e promoção à saúde ficam, na maioria das vezes, em um segundo plano. Por outro lado, nos parece que as aproximações com os marcos conceituais importantes da Saúde Coletiva se dão no contexto da organização da Atenção à Saúde, apesar de se afastarem quando o referencial passa a ser o entendimento das práticas corporais, pois sugere que a atividade física por si só produz saúde.

Valorização do social, da subjetividade

“O grupo considerou o projeto significativo para eles, para a vida deles, para a condição de saúde deles, para a qualidade de vida deles e tomou uma decisão no coletivo, ELES TINHAM JÁ FEITO UM VÍNCULO, UM VÍNCULO DE GRUPO QUE PARA GENTE TAMBÉM ERA UM DOS PILARES DO PROJETO, que desse conta da questão do idoso, da socialização, do lazer... (...) O GRUPO MESMO CRIOU AUTONOMIA; era isso, eu acho que era não, é isso que os grupos precisam para que eles possam criar autonomia e desenvolver esse trabalho.”

“Isso tem um ganho secundário, que é a questão da socialização: eles NÃO SÓ CAMINHAM JUNTOS, ELES FAZEM ATIVIDADES DE LAZER EM CONJUNTO, porque isso na verdade é um trampolim PARA ESSES GRUPOS SE SOCIALIZAREM, SE ORGANIZAREM E FAZEREM OUTRAS ATIVIDADES DE LAZER; AÍ ENVOLVE OS PASSEIOS, AS VIAGENS, AS VISITAS CULTURAIS.”

Gestão do serviço baseada na participação comunitária

“... independente do encarregado daquela Unidade querer ou não o projeto, ele vai acontecer, PORQUE O GRUPO É FORTE E ESSE COLETIVO ACABA FAZENDO PRESSÃO EM CIMA DO ENCARREGADO (...) Imagine a (...) [encarregada de uma Unidade de Saúde] me falar: olha, a partir de amanhã eu não quero mais esse projeto aqui, porque dá trabalho, tem muita gente, o pessoal enche muito a paciência, tem muito movimento. Os caras vão linchar ela lá no meio do pátio, você entendeu? Isso que é legal. (...)”

“... O “Caminhando” é um dos projetos onde os grupos concordam, eles conseguem reconhecer no coletivo que houve ganho, isso que é o bacana, PORQUE DA MESMA FORMA QUE OS USUÁRIOS RECONHECEM ISSO, A UNIDADE JÁ COMEÇA A RECONHECER QUE O USUÁRIO PROCURA MENOS PARA CONSULTA (...); ELES JÁ TINHAM FORMADO ESSE VÍNCULO NO COLETIVO – Não, aqui não vai acabar, se não tiver orientador – que era o monitor que orientava as caminhadas – a gente vai continuar caminhando, independente da Prefeitura pagar ou não monitor, do projeto terminar ou não (...)”

“... existem potencialidades e às vezes a **potencialidade é focada nas pessoas** (...); tem determinada pessoa que naquele departamento é a pessoa de cabeça aberta, que tem mais condição de escutar, de discutir um projeto, que não olha só o seu próprio umbigo; então, sai um trabalho legal. Mas a gente que trabalha na Prefeitura é assim: a gente está aqui e amanhã a gente está lá. **A gestão é muito focada nas pessoas aqui em Santo André, eu acho; não é uma política.** Então, essa questão da intersectorialidade acaba sendo prejudicada aí, porque não existe a política, existe a pessoa. Se a pessoa não está, não acontece e é ruim isso ...”

Ênfase na integralidade e equidade na lógica do SUS

“Uma das bases da sustentação é a integralidade (...), projetos como o “Bem Nascer” e o “Caminhando” se sustentarem. Um dos princípios é realmente a integralidade: SE VOCÊ TEM INTEGRALIDADE EM QUALQUER PROJETO, ELE CONSEGUE SE SUSTENTAR E A INTEGRALIDADE ALIADA AO BAIXO CUSTO MESMO DO PROJETO. NÃO PRECISA DE GRANDE MATERIAL, NÃO PRECISA DE GRANDE INVESTIMENTO, MAS ELE TRAZ RESULTADO E AS PESSOAS SENTEM E O SISTEMA DE SAÚDE SENTE. (...)”

“... a gente fala muito do SUS no processo “saúde-doença” e a gente fala muito da questão da integralidade (...); a gente tem um foco, mas qual que é esse foco? QUE ESSAS PESSOAS TENHAM INSTRUMENTOS PARA PODER TRABALHAR AS QUESTÕES RELACIONADAS À ÁREA DA SAÚDE DA POPULAÇÃO, PROMOÇÃO, PREVENÇÃO E ASSISTÊNCIA DE UMA FORMA BASTANTE ORGANIZADA E SEGURA. (...) Uma das bases da sustentação é a integralidade (...), que é um dos princípios do SUS (...)”

“(...) quando a gente fala em projeto de promoção e prevenção, na questão do lazer, na questão das atividades físicas mesmo, a GENTE NUNCA PODE ESQUECER QUE A PESSOA É UM TODO, ELA TEM QUE SER OUVIDA, ISSO TEM QUE SER SIGNIFICATIVO PARA AQUELA POPULAÇÃO ...”

“**A gente trabalha como um modelo, Modelo de Atenção à Saúde. O que é o modelo? É uma coisa já pronta (...); modelo são normas e**

regras, você fazer isso, aquilo e aquilo tal, tal, tal; a gente tira toda a capacidade da Unidade de Saúde, da rede, de ser criativa. ENTÃO, HOJE A GENTE NÃO DISCUTE MAIS MODELO, NA VISÃO DO SUS, A QUESTÃO DA GESTÃO DO SUS; A GENTE ESTÁ FALANDO DE DESENHOS ORGANIZATIVOS DA SAÚDE e cada um tem o seu (...); não dá para implantar um modelo nessas trinta [Unidades], cada um vai ter que achar o seu caminho, e a gente vai ter que dar ferramentas, elementos, SUBSÍDIOS E APOIO PARA QUE AQUELA UNIDADE FAÇA O SEU PRÓPRIO DESENHO ORGANIZATIVO DE SAÚDE. É claro que tem alguns quesitos básicos, que a gente tem de prover: a questão dos exames por imagens, a análise de laboratórios..., tudo isso sim, eu acho que a gente tem que dar conta, mas COMO ESSA UNIDADE VAI ACESSAR A POPULAÇÃO E ENVOLVER ESSA POPULAÇÃO, AÍ É UM DESENHO ORGANIZATIVO (...). Lá na Gerência I pode ser uma estrelinha, aqui pode ser um sol; é o desenho de acordo com a população que acessa aquele serviço ...”

“... é deixando esses atores, dando as condições de retaguarda, porque envolve a produção de cuidado, isso é o nosso dever: ter o médico, ter vacina, ter remédio, ter o exame; isso é nosso dever enquanto Estado, leia-se Município. Esse é nosso dever, MAS A QUESTÃO DA PROMOÇÃO E PREVENÇÃO TEM QUE SER CRIATIVA, VOCÊ TEM QUE SENTIR ESSA POPULAÇÃO E AÍ É QUE ESTÁ ...”

Estímulo à convivência e ao estabelecimento de laços entre a população e os profissionais de Saúde

“... o que acontece, tem sempre uma fragmentação, sabe Marcos, **não existe uma conexão entre o pensar do trabalhador da Saúde e o pensar do usuário do serviço de Saúde**, não existe isso. **Esses pensamentos, eles não se cruzam em nenhum momento** e eles diferem da água para o vinho. É difícil para a gente que tem bastante tempo na cidade, quando os dois grupos conseguem concordar com a mesma questão.”

Cruzamento entre diferentes saberes e práticas

“Então, como esses gestores vêem o “Caminhando”? Como mais uma coisa, entendeu!? **Não têm uma leitura real, uma leitura conceitual**, não conseguem ter uma avaliação qualitativa. - Ah! é bonitinho! - e infelizmente é isso.(...)”

“(…) UMA DAS COISAS QUE O GRUPO [do curso de facilitadores de educação permanente] ME TROUXE É QUE É UM PROJETO MUITO SUSTENTÁVEL, DE BAIXO CUSTO, QUE ENVOLVE AS PESSOAS, E QUE ELE É UM PROJETO QUE FAZ COM QUE A GENTE TENHA POSSIBILIDADE DE PERCEBER ESSE IMPACTO DO PONTO DE VISTA DA ASSISTÊNCIA, DA PRODUÇÃO DE CUIDADO DA SAÚDE, porque os idosos e as pessoas que freqüentam o “Caminhando”, elas acessam menos a Unidade Saúde com solicitação de consulta e exames. (...) EU TIVE UMA AVALIAÇÃO QUALITATIVA DO PROJETO À DISTÂNCIA, PORQUE NÃO FOI UMA UNIDADE, LÁ TINHAM REPRESENTANTES DE SEIS UNIDADES DE SAÚDE. Todos foram unânimes em dizer, porque eles reconhecem que as pessoas acessam, procuram menos a Unidade em busca de consulta e exames (...)”

“A Prefeitura de Santo André, nesse ano, fez convênio com a ENSP - Escola Nacional de Saúde Pública e a FIOCRUZ para desenvolver todo um processo de um curso de facilitadores de educação permanente, que é um projeto do Ministério da Gestão do Trabalho. Eu sou tutora desse projeto e a cidade tem 10 tutores. Cada tutor recebe treinamento específico e cuida de 20 facilitadores, que são vinte funcionários da rede de Saúde de Santo André (...) TEM REPRESENTANTES DE TODOS OS SEGMENTOS, TODAS AS ÁREAS DA SAÚDE; ENTÃO, TEM DO HOSPITAL, NO MEU GRUPO, TEM GENTE DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE, GENTE DO GABINETE; ENTÃO, É ASSIM: É UM GRUPO HETEROGÊNEO QUE DÁ MUITA RIQUEZA NA DISCUSSÃO. E um dos módulos que a gente está trabalhando é o módulo da gestão no contexto da Saúde (...)”

“... O QUE EU SEI É QUE A SECRETARIA DA SAÚDE ESTÁ INVESTINDO MUITO NESSA QUESTÃO; ISSO É UM DOS OBJETIVOS DESSE TRABALHO COM A ENSP/FIOCRUZ,

PARA DAR FERRAMENTA PARA ESSE TRABALHADOR DA SAÚDE ABRIR UM POUCO MAIS ESSE CANAL DE COMUNICAÇÃO ENTRE O TRABALHADOR, SERVIÇO DE SAÚDE E POPULAÇÃO (...) A gente está focando muito isso, abrir esse canal de comunicação, abrir a escuta, trabalhar o aconselhamento, se aproximar dessa população, se aproximar dos problemas; então, todo o conteúdo é em cima disso. A GENTE ESTÁ INVESTINDO MUITO NISSO, DO PONTO DE VISTA DE REALMENTE FAZER AS PROVOCAÇÕES PARA ESSE GRUPO DE TRABALHADORES, REFLETIR JUNTO, REFLETIR A PRÁTICAS QUE ELES TÊM SENTIDO, FAZER ESSAS REFLEXÕES EM CIMA DO QUE É A PRÁTICA IDEAL, PORQUE SE NÃO A GENTE TRABALHA NA BANALIZAÇÃO MESMO ...”

Atenção à Saúde organizada com base na lógica do cuidado e não da doença

“(...) Do jeito que o “Bem Nascer” foi concebido e o “Caminhando” foi concebido, isso há dez anos atrás e o “Caminhando” há quatro, ELE NÃO É COMO ELE É HOJE; É ISSO QUE DÁ O DINAMISMO, TEM QUE MODIFICAR MESMO (...). MAS SE TIVER OS RECURSOS MÍNIMOS NECESSÁRIOS, ELE VAI MUDANDO E ELE VAI SE CONSOLIDANDO; isso que é interessante. Na medida em que ele consegue se consolidar, nunca pode acabar, porque ninguém consegue matar. Tira os recursos do “Bem Nascer”, tira hoje os recursos e o financiamento do “Caminhando”, vê o que acontece na cidade: o pessoal vai falar com o Prefeito e vai mesmo (...). O GRUPO, EM DIVERSOS PONTOS DA CIDADE, TINHA ESSA FALA, SE MOBILIZAVA ASSIM - NÓS NÃO VAMOS DEIXAR ACABAR, NÓS VAMOS FALAR COM O PREFEITO - E DEPOIS DE TRÊS ANOS, ONDE A UNIDADE JÁ SENTE UM RESULTADO PRÁTICO DO PROJETO E A POPULAÇÃO TAMBÉM, É MUITO MAIS DIFÍCIL AGORA VOCÊ NÃO DAR AS CONDIÇÕES MÍNIMAS PARA ELE CONTINUAR. Eu acho que aí já é uma burrice política ...”

“(...) Com a educação permanente, a gente está investindo muito nisso, de fazer essa reflexão, de tornar o serviço (entre aspas) sem vida, em serviços vivos e só assim a gente CONSEGUE FAZER UMA MALHA MESMO DE ATENÇÃO EM SAÚDE, DE CUIDADO EM SAÚDE, UMA MALHA QUE NÃO TEM INTERRUPÇÃO (...) ISSO É DAR UMA ATENÇÃO, É PRODUIR UM CUIDADO INTEGRAL

(...) AÍ ENTRA MUITO A ATIVIDADE CORPORAL: ELA NUNCA PODE NÃO FAZER PARTE DESSA MALHA DE CUIDADOS; ELA TEM QUE FAZER PARTE DESSA MALHA DE CUIDADOS, PORQUE ISSO QUE VAI SER O EQUILÍBRIO DO SISTEMA, PORQUE QUANTO MENOS GENTE DOENTE, DO PONTO DE VISTA DO FINANCIAMENTO, VAI SE GASTAR MENOS; É UMA QUESTÃO SÓ MATEMÁTICA, DE EQUACIONAR ISSO (...); tem que pensar nisso, é a promoção mesmo da qualidade de vida, a *Promoção da Saúde ...*”

“É uma conclusão bárbara de se chegar, porque significa que a promoção e a prevenção dão certo. É diferente de só dar assistência e só trabalhar a doença. TEM QUE TRABALHAR A QUESTÃO DA PROMOÇÃO, TEM QUE PROMOVER A SAÚDE; NÃO É SÓ CUIDAR DAQUILO QUE JÁ ESTRAGOU, QUE É O PROCESSO DA DOENÇA; então eu tive esse retorno e foi muito legal.”

*“... tem a questão das Unidades que não têm clínico, não têm muita consulta na clínica médica para oferecer para a população; é sempre insuficiente para a demanda da população e **o projeto acabará sendo reconhecido por isso, porque promovendo qualidade de vida, ele economiza em consulta médica, ele economiza na assistência (...);** o que te bate na porta e você tem que dar a resposta imediata é a doença, é a assistência, é a produção de cuidados; isso sempre é prioridade, é claro. (...) Infelizmente, a **assistência tem essa prioridade**. Infelizmente não é necessário, mas é uma prioridade; o cobertor é curto; então, o que é prioritário é a assistência; então vamos lá ...”*

A superação do biologicismo e do modelo clínico hegemônico

“De que jeito as pessoas sentem? Porque conseguem perceber uma melhora na qualidade de vida, a pressão já não fica tão alta, a glicemia também já não sabe tanto, ELAS RECEBEM A ATENÇÃO QUE ELAS PRECISAM NA HORA DA CAMINHADA, A ORIENTAÇÃO NECESSÁRIA PARA ISSO, E AÍ ELAS CONSEGUEM VER QUE EXISTE UM GANHO REAL NA VIDA, NA QUALIDADE DA SUA SAÚDE E A UNIDADE PERCEBE.”

6.1.5. Sujeito 5:

Formado em Enfermagem, parou de trabalhar por alguns anos para dedicar-se à família. Nesse período, fez vários trabalhos voluntários e curso de especialização em Geriatria. Prestou concurso e começou a trabalhar para a Prefeitura de Santo André, sendo que há três anos é encarregado de uma Unidade de Saúde.

No seu relato, o sujeito enfatiza o espaço da US como privilegiado para as práticas corporais, na medida em que é possível fazer uma reflexão sobre a vida, sobre as pessoas, sobre a cidade sobre o mundo. Relaciona-o a um espaço para o exercício da cidadania, para a formação de grupo, onde as pessoas podem cuidar da sua vida e da sua saúde.

Dessa forma, destaca a importância da formação do grupo, principalmente em áreas onde as residências são muito distantes umas das outras, pois, através dos encontros, os participantes acabam fazendo amizades e se motivando a saírem de casa.

Salienta o papel dos Agentes Comunitários de Saúde na manutenção do programa de caminhada, pois eles conhecem melhor as pessoas, estabelecem um vínculo com e entre elas, além de manterem a caminhada ativa. Essa combinação de espaço privilegiado, formação de grupo e participação dos ACS aponta para uma condição favorável no fortalecimento dos vínculos entre os usuários e a US. Destaca-se aqui, que esta vinculação não fica restrita ao olhar do usuário, mas também na percepção da própria Unidade, ou seja, assim como o usuário percebe a US como um local de referência para resolver as questões relativas à sua saúde e à sua vida, a Unidade também se referencia no grupo para conduzir as suas ações.

Considera a importância das práticas corporais, não no sentido da atividade física como quem vai fazer musculação em uma academia, isto é, entende como sendo um passeio, ou uma atividade intelectual e afetiva, pois percebe o indivíduo não só no viés orgânico. Apesar disso, chama a atenção para a falta de prioridade que o Município atribui às práticas corporais, embora tenha a impressão que nunca se investiu tanto. Pressente esse investimento como sendo uma

sementinha que vai germinando, crescendo, aumentando e criando novas possibilidades para as pessoas, possibilidades que não estão somente ligadas à atividade física, mas sobretudo aos valores expressos, por exemplo, numa viagem para Santos, onde as pessoas tiveram a oportunidade pisar na areia, de ver e entrar no mar.

Ainda que se verifique uma grande aproximação com o campo da Saúde Coletiva e com o conceito das práticas corporais, quando percebe o espaço da US como um local para se pensar e discutir saúde e para exercer o direito de cidadania, o sujeito sugere que os bons resultados e a aderência ao tratamento medicamentoso pode ser fruto de um “bombardeio” de informações referentes ao fazer dieta, ao tomar o remédio e ao praticar uma atividade física, o que, em princípio, vai de encontro da essência da Saúde Coletiva e ao próprio conceito das práticas corporais, na medida em que desconsidera os sentidos e significados que a ação pode ter sobre seus praticantes.

Valorização do social, da subjetividade

“Eu vejo como uma prioridade (...), porque a gente tem que recarregar. Todo mundo tem problema, mas eu acho que nessa população que a gente atende, os problemas acabam sendo potencializados pela dificuldade financeira, pelas organizações familiares. Então, TEM QUE TER UM GRUPO, TEM QUE TER UM ESPAÇO PARA VOCÊ, PARA VOCÊ CUIDAR DA SUA VIDA, DA SUA SAÚDE, SE NÃO, EU ACHO QUE AS PESSOAS NÃO AGÜENTAM... Eu acho que tem que começar por aí (...). Eu acho que devia ter bons funcionários para investir nisso, não só nessa questão física, mas naquilo que você colocou, de REFLEXÃO MESMO, DE CIDADANIA SOBRE A VIDA, SOBRE AS PESSOAS, SOBRE A CIDADE, SOBRE O MUNDO E EU ACHO QUE AQUI SERIA UM ESPAÇO LEGAL PARA ISSO.”

“... A GENTE TEM UMA INTERAÇÃO MUITO MELHOR E MAIOR COM ESSAS PESSOAS. EU ACHO, TAMBÉM, QUE ESSA COISA DO GRUPO É SUPER IMPORTANTE. AQUI É UMA ÁREA ONDE AS RESIDÊNCIAS SÃO MUITO DISTANTES UMAS DAS OUTRAS; ENTÃO, ELAS ACABAM FAZENDO AMIZADES E É UM BOM MOTIVO PARA SAIR DE

CASA. E ainda tem um dado: elas adoram festa, bingo e elas acabam sendo um pouco a nossa referência.”

“... ELAS ACABAM SENDO UM POUCO A NOSSA REFERÊNCIA. Quando você tem que fazer um grupo, quem você pensa em chamar? A “Caminhada”. Vai ter que vacinar os idosos, em quem você pensa? A “Caminhada”. Então, eles acabam sendo o catalisador, até para divulgar alguma coisa, fala com o pessoal da “Caminhada”. EU VEJO QUE O VÍNCULO AFETIVO ENTRE AS PESSOAS É IMPORTANTE ATÉ PARA MANTER A CAMINHADA.”

Estímulo à convivência e ao estabelecimento de laços entre a população e os profissionais de Saúde

“(...) Uma outra coisa que eu acho é A PRESENÇA DOS AGENTES, PORQUE SE FOR DEPENDER SÓ DO MONITOR, ESSA CAMINHADA JÁ NÃO EXISTIRIA MAIS. PORQUE ELES CONHECEM AS PESSOAS, EU ACHO QUE ACABA FICANDO MAIS FÁCIL, ACABAM CONVIDANDO, ACABAM MANTENDO A CAMINHADA ATIVAMENTE.”

“(...) Eu acho que as pessoas acabaram se vinculando muito mais (...). A GENTE CONHECE MELHOR AS PESSOAS, PORQUE ELAS ESTÃO AQUI SEGUNDA, QUARTA E SEXTA DE MANHÃ; QUALQUER COISINHA ELAS VÊM PROCURAR A GENTE E TAMBÉM A GENTE AS CONHECE MELHOR (...)”

Atenção à Saúde organizada com base na lógica do cuidado e não da doença

“(...) Eu acho que é uma sementinha; O “CAMINHANDO”, POR EXEMPLO, É UMA SEMENTINHA, PORQUE AS OUTRAS PESSOAS NA CAMINHADA FICAM SABENDO DE OUTRAS ATIVIDADES QUE EXISTEM NO MUNICÍPIO E PODEM ESTAR PEDINDO E AÍ A COISA VAI CRESCENDO E VAI AUMENTANDO. (...) trazer mais as coisas para cá, para terem mais acesso, como a gente estava conversando aquele dia, O PASSEIO PARA SANTOS; TEM GENTE QUE NUNCA VIU A PRAIA, E OLHA O VALOR QUE ISSO DEVE TER PARA UMA PESSOA QUE NUNCA VIU O MAR, NUNCA PISOU NA AREIA, NUNCA ENTROU ALI NA ÁGUA... ENTÃO, É ASSIM, TRAZER MAIS POSSIBILIDADES PARA AS PESSOAS.”

Valorização do cuidado e não só da prescrição

*“... ENTENDENDO PRÁTICAS CORPORAIS NÃO SÓ COMO A ATIVIDADE FÍSICA, COMO MUSCULAÇÃO QUE A GENTE VAI PARA ACADEMIA FAZER, COMO A CAMINHADA, CORRIDA... MAS EU VEJO ASSIM, COMO UM PASSEIO AO ZOOLOGICO, COMO UMA ATIVIDADE INTELECTUAL E AFETIVA. A GENTE NÃO É SÓ O ORGÂNICO, A GENTE NÃO É SÓ O CORPO; ENTÃO, EU ACHO FUNDAMENTAL (...); eu vejo que existem muitas dificuldades, **primeiro que aqui no Município não é prioridade (...), eu acho que nunca foi (...), MAS A IMPRESSÃO QUE EU TENHO É QUE NUNCA SE INVESTIU TANTO NESSA COISA DE FORTALECIMENTO MUSCULAR AQUI NO CESA. A GENTE TEM AQUI DOIS GRUPOS DE CAMINHADA; HÁ QUATRO ANOS NÃO TINHA NADA; ENTÃO, EU ACHO QUE ESSA COISA ESTÁ CRESCENDO. O ESPAÇO QUE SANTO ANDRÉ TEM MUITOS PARQUES LEGAIS; ENTÃO, EM POUCO TEMPO A COISA DESLANCHOU BASTANTE ...**”*

A superação do biologicismo e do modelo clínico hegemônico

*“... eu também não vejo a alteração no peso, eu acho que é muito pouco, mas o que eu vejo é uma maior aderência ao tratamento medicamentoso, ao acompanhamento mesmo. **Acho que de tanto a gente falar sobre o controle, as pessoas vão introjetando essa coisa que tem que tomar medicação, que tem que fazer dieta, que tem que fazer atividade física. A GENTE TEM MENOS PROBLEMAS COM ESSAS PESSOAS OU SE ELAS TÊM ALGUM PROBLEMA, ACHO QUE ELAS RESOLVEM MELHOR...**”*

6.1.6. Sujeito 6:

Formado em Enfermagem, prestou concurso e foi trabalhar na Prefeitura de Santo André. Trabalhou anteriormente na área hospitalar, em terapia intensiva e pronto-socorro. Fez curso de Gerontologia e atualmente é encarregado de uma Unidade de Saúde.

O sujeito percebe a importância da valorização do social, tanto na questão da formação de grupo e de vínculos que as pessoas fazem com a Unidade de

Saúde, na medida em que se apropriam do espaço e reconhecem o serviço como uma outra opção, como na questão da reabilitação social. Ou seja, entende que a atividade física não só reabilita a pessoa fisicamente, mas também socialmente. Embora considere positiva a formação de grupos e vínculos, relata a impossibilidade da Unidade fazer vínculos com as pessoas que não a freqüentam, pois os vínculos só podem ser feitos com quem tem problemas de saúde.

Demonstra certa identidade com uma gestão baseada na clínica médica, na reabilitação e na prevenção de doenças, uma vez que aponta para a necessidade de uma monitora de práticas corporais com capacidade de identificar uma extra-sístole, uma arritmia e com capacidade para conseguir se relacionar com o corpo médico, ou ainda quando relata que os problemas enfrentados pelos grupos de terceira idade estão associados à depressão ou a problemas desse tipo, sugerindo que as Práticas corporais são um bom caminho para a reabilitação social dessa população.

Relata uma preocupação com as práticas corporais no Serviço Público de Saúde, pois percebe a possibilidade de não se ter um monitor preparado, capaz de identificar um quadro hipertensivo durante a caminhada, de modo que esse tipo de atividade ao mesmo tempo em que pode proporcionar saúde, também pode prejudicar o paciente. Avalia ser diferente o trabalho com pessoas jovens com problemas mais amenos ou com pessoas sabidamente hipertensas ou diabéticas. Nessa perspectiva, sugere a importância de uma capacitação para os demais monitores, no sentido de prepará-los com um olhar mais voltado às questões fisiológicas e de facilitar um relacionamento com os médicos. Com isso, indica a necessidade de uma atuação multiprofissional no serviço, pois julga ser fundamental o entendimento do indivíduo como um todo, através dos múltiplos olhares advindos de diferentes profissionais.

A percepção da Atenção à Saúde organizada na lógica da doença, fica elucidada quando aponta para a necessidade de se avaliar, tabular e mostrar os resultados do programa Caminhando para a Saúde, da mesma forma que faz a epidemiologia quando, por exemplo, lança uma nova vacina no mercado.

De um modo geral, podemos perceber que existe uma grande aproximação da maneira como o sujeito entende o serviço, com a assistência médica e a prevenção da doença, o que o afasta do campo denominado Saúde Coletiva e o aproxima do modelo clínico hegemônico, não pelo objetivo ou pela finalidade do seu trabalho, mas sim pelo objeto de que se encarrega e dos meios que utiliza para produzir saúde (Campos, 2006). Ou seja, centra as suas ações na especialidade dos profissionais e na classificação dos seus pacientes e desconsidera, por exemplo, a autonomia⁵³ do usuário, o autoconhecimento e a co-responsabilidade.

A superação do biologicismo e do modelo clínico hegemônico

“(...) Que nem na epidemiologia: você põe uma vacina, avalia, mostra o resultado. O que acontece, você põe um programa, não faz o monitoramento, não tem uma tabulação, não tem uma avaliação; então é assim ou ele cai ... A gente sabe que implantar não é difícil, o difícil é supervisionar e manter o programa. Então, eu acho que o que falta é isso, o que falta é a gente saber resultados; eu sei o resultado da minha Unidade, mas eu não sei das outras. Eu acho que tem que compartilhar o que eu tenho com as outras Unidades.”

“Acho muito difícil [apontar alguma ação de intersetorialidade]. Ainda imperam os médicos e as enfermeiras. Por exemplo, eu preciso de uma Assistente Social, mas hoje eu tenho uma Educadora Física que consegue conversar com o médico. Ainda está um pouco engatinhando ...”

Valorização do cuidado e não só da prescrição

“Eu acho que o maior risco é você ter um monitor não orientado adequadamente; por exemplo, eu só vim pegar atento a isso quando veio a (...) [monitora da caminhada] para cá, que é uma caminhante, ela pegou uma paciente com extra-sístole. Hoje em dia, a gente sabe que não é todo

⁵³ Autonomia deve ser entendida como a capacidade do indivíduo e da coletividade de lidar com suas dependências, ou seja, autonomia em coeficiente e graus, nunca como um conceito absoluto. (Campos, 2006, p.

o monitor, não é todo o educador físico que tem esse olhar. Ela tem essa percepção por causa da experiência anterior dela; então, eu acho que ao mesmo tempo em que é uma coisa boa, que pode proporcionar saúde, pode prejudicar o paciente, que pode ter uma hipertensão andando, ele pode puxar demais. Eu acho que o maior problema é o monitor não ser adequadamente, não sei se treinado ou preparado para desenvolver esse tipo de atividade. É diferente de você ser personal; é diferente de você estar numa academia, em que as pessoas são jovens e têm problemas mais amenos que uma pessoa que é sabidamente hipertensa, sabidamente diabética, que já tem patologias crônicas instaladas.”

Atenção à Saúde organizada com base na lógica do cuidado e não da doença

“(...) De repente, se você pega um grupo de monitores e vem aqui com a (...) [monitora da caminhada] para ela ensinar o olhar, treinar, mostrar o que é uma extra-sístole, o que é uma arritmia, qual foi a experiência dela nessa Unidade com relação à conversa com clínico, como ela conseguiu esse tipo de relacionamento, a experiência dela; então, isso é o que eu acho que falta, para adquirir mais confiabilidade mesmo.”

“... O QUE EU PERCEBI FOI QUE A PREOCUPAÇÃO DESSA SECRETARIA É MELHORAR O ACESSO À SAÚDE. E QUANDO ELA FALA EM ACESSO, ELA NÃO FALA SÓ EM ACESSO À AGENDA DE CONSULTA OU DE PROCEDIMENTOS, MAS ELA FALA DE ACESSO AOS DIVERSOS MODOS DE SAÚDE; UM DELES É ESSA QUESTÃO DA CAMINHADA ...”

“(...) Quando você está na terceira idade e esse grupo está basicamente voltado para as pessoas que estão na terceira idade, significa depressão, ou problemas desse tipo. Quando você tem uma pessoa que faz parte desse grupo, você a reabilita socialmente; então, acho que nesse sentido as Políticas de Saúde Pública deixam

de ser curativas - PA, hospital, cirurgia - aquela coisa desenfreada e se começa a pensar em reabilitação, que é terciária; começa a se pensar na prevenção, que é não permitir que essa pessoa tenha uma depressão. Um exemplo que nós temos aqui é a própria monitora, caminhante como eu falo, **que percebe uma pessoa que tem um potencial para a depressão profunda, que já tentou se matar, ela tem esse feeling. Eu acho que isso é muito legal, é uma experiência muito positiva.**

Valorização do social, da subjetividade

“A CAMINHADA REABILITA A PESSOA NÃO SÓ FISICAMENTE, MAS SOCIALMENTE TAMBÉM; ELA COMEÇA A FAZER PARTE DE UM GRUPO.”

“O BOM É O VÍNCULO QUE ESSAS PESSOAS FAZEM COM UNIDADE, MESMO NÃO SENDO O USUÁRIO DA UNIDADE; ELAS SE APROPRIAM DO ESPAÇO, DO EQUIPAMENTO, ELAS RECONHECEM O SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE COMO UMA OPÇÃO, UMA OFERTA mesmo que ela tenha o convênio particular (...). **A Unidade não tem condição de sair e fazer o vínculo; a gente faz vínculo quando o usuário vem até a gente e não é com todos, porque não são todos que eu consigo abordar. Passam 500 pessoas nessa Unidade por dia, mais ou menos, e eu não consigo conversar com essas 500 pessoas. Você faz vínculo só com aquelas que têm problemas. É diferente do vínculo da monitora que tem aquele grupo, que mostra a Unidade, o grupo chama a gente e até surge a oportunidade de fazer um grupo gerontologia.**”

Cruzamento entre diferentes saberes e práticas

“Eu acho fundamental [a intersectorialidade]; é como aquele velho ditado: cada macaco no seu galho. Eu não posso dar uma prática que eu não sou conhecedora, eu preciso do outro profissional; como vai chegar um ponto que o outro precisa de mim e que vão precisar de outros. Acho fundamental isso. Hoje em dia confundem muito o “multi”, como se cada um pudesse exercer a prática do outro. Não é isso. Na verdade, é

pegar um único indivíduo e ver ele como um todo, com diversos olhares de profissionais diferentes. (...) É precário [como ela enxerga a intersectorialidade].”

6.1.7. Sujeito 7:

Formado em Enfermagem. Trabalhou no Hospital Brasil durante um ano e meio e foi fazer um estágio no Japão. Quando retornou, trabalhou na UTI do Hospital Assunção, bem como na área de Enfermagem do Trabalho. Depois de prestar concurso em Santo André, entrou para a Saúde Pública, área com a qual se identificou profissionalmente. É encarregado de Unidade de Saúde há muitos anos.

O sujeito demonstra um forte desejo quanto à existência de uma pessoa destinada a assumir a responsabilidade pelo programa Caminhando para a Saúde, já que não consegue cumprir com mais esta tarefa, haja vista as atribuições que tem como encarregado da Unidade. Sugere, para isso, preferencialmente a presença de uma enfermeira ou de uma pessoa ligada à Enfermagem.

Relata que o vínculo com os participantes do grupo de caminhada era muito pequeno quando a Unidade localizava-se num ponto distante do local destinado à caminhada, isto é, em um parque existente na cidade. No entanto, a partir do momento que a US mudou de endereço e o alongamento, que antecede a atividade, começou a ser feito nas suas dependências, o contato com esses participantes aumentou muito e essa aproximação possibilitou que os profissionais de Saúde conhecessem melhor os pacientes e seus problemas.

Entretanto, o sujeito critica indiretamente o modelo assistencialista predominante, quando enfatiza que a aproximação entre usuário e US não pode ficar restrita apenas à questão do espaço físico, sendo necessário que os funcionários também estejam vinculados ao programa. Assim, sugere a participação da monitora de caminhada nas reuniões técnicas da Unidade para que possa haver uma troca de informações e experiências, no sentido de motivar os funcionários a participar do programa. Ao mesmo tempo, lembra que a participação de funcionários nas práticas corporais pode gerar problemas para os próprios usuários, uma vez que essas

atividades acontecem em período de grande movimento e que, provavelmente, muitos usuários não entenderiam uma certa morosidade no atendimento pelo fato de alguns funcionários estarem envolvidos numa determinada prática corporal.

Faz uma autocrítica quanto à relação da Unidade de Saúde com os participantes do grupo de caminhada, porque com uma certa regularidade, eles vão até a Unidade de Saúde apenas para aferir a pressão, verificar a glicemia e verificar o peso, não havendo nenhuma complementação no acompanhamento, o que – em sua opinião – faz muita falta. Comenta que enquanto no Japão, existe a intenção de promover a Saúde desde a infância, o mesmo não se verifica em nosso país, na medida em que essa questão não integra o cotidiano das pessoas.

Valoriza o cuidado com os pacientes, em detrimento da valorização da doença, porque os mesmos são questionados quando estão à procura de um endócrino ou um cardiologista, por exemplo, e são orientados para participarem de alguma outra atividade, como a caminhada, respeitando os seus limites, pois já foi possível perceber que existem várias pessoas que acessam a Unidade também por uma questão de solidão.

Por outro lado, entende que o objetivo da Unidade de Saúde é a prevenção da doença, uma vez que os funcionários não estão ali para fazer a parte curativa. Ou seja, entende que um pediatra está lá para fazer uma puericultura, assim como a clínica geral deve controlar a pressão, verificar a glicemia e a alimentação, sem se esquecer de questionar a participação dos usuários nas práticas corporais. Revela que em conversas informais, a médica relata a melhora dos pacientes que estão participando da caminhada, mas não cita outros possíveis envolvimento desse profissional. Além disso, não menciona explicitamente a participação da Unidade de Saúde na Promoção da Saúde.

O relato do sujeito sugere uma grande aproximação como campo da Saúde Coletiva, na medida que percebe a necessidade de uma troca de saberes e práticas entre os profissionais de Saúde e uma maior aproximação da Unidade de Saúde com os seus usuários, seja através do envolvimento dos funcionários nos grupos de caminhada, seja no cuidado e na orientação para outras práticas,

acenando com novas possibilidades de Atenção à Saúde. No entanto, em alguns momentos, ele nos parece contraditório, quando afirma que o objetivo da US é a prevenção de doença, indicando apenas um viés da participação médica no atendimento do paciente e ressaltando que a melhor pessoa para assumir o comprometimento com o programa da “Caminhada” seria uma enfermeira ou alguém ligado a essa área.

A análise de seus relatos tornou-nos possível acreditar que o sujeito parece ter mais afinidade com o conceito das práticas corporais do que com o entendimento da atividade física como gasto de energia e “solução” para o tratamento das doenças, pois enfatiza o conhecimento, o vínculo com o profissionais, a percepção dos benefícios, a participação do grupo e o envolvimento social como elementos necessários para a concretização desse conceito.

Ao mesmo tempo, nos parece que sua insatisfação e seus questionamentos não só a respeito da falta de uma complementação no atendimento, mas com relação aos demais aspectos característicos da Unidade, podem estar diretamente ligados ao fato do sujeito não ter o entendimento e a percepção de que a US também é um espaço de Promoção da Saúde e, portanto, as questões relativas aos determinantes e condicionantes devem ser discutidas nos diversos momentos de encontros entre os “pacientes” e os profissionais de Saúde.

Estímulo à convivência e ao estabelecimento de laços entre a população e os profissionais de Saúde

“(...) Eu não posso dizer que eu posso assumir [o programa Caminhando para a Saúde], porque no momento que eu chego na Unidade já tem três me esperando para conversar. Então, eu a acabo apagando fogo lá, apagando o fogo aqui, apago lá, apago lá, lá, e vou indo. Quando vou ver, já são 10h da manhã e o pessoal da Caminhada já se foi. EU GOSTARIA MUITO, MUITO MESMO, QUE TIVESSE UMA PESSOA QUE SE COMPROMETESSE EM FAZER ISSO, uma pessoa da enfermagem e, se fosse melhor ainda, uma enfermeira que tivesse esse compromisso, só que

não tem. Eu sou enfermeira, mas eu também sou encarregada; então, eu sinto falta disso.”

A superação do biologicismo e do modelo clínico hegemônico

*“De manhã, as meninas estão na coleta de exames de sangue. Infelizmente, a gente tem que dar prioridade para a população, porque estão em jejum. Então de manhã, eu não tenho como tirar duas funcionárias para fazer o alongamento e a Pausa Saudável. Se tiver fila em algum dos cantos e um paciente meio grosso ver isso, na certa vai ter reclamação, **porque ele entende que elas estão “batendo papo”**. **Eles não vão entender porque que não se pode fazer o atendimento primeiro e depois ir lá**. Infelizmente, a população daqui é muito complicada.”*

Cruzamento entre diferentes saberes e práticas

“... Nós temos a reunião técnica na última sexta-feira de cada mês, mas a partir do ano que vem eu estou pensando em pegar outro dia, vamos supor a última quinta-feira do mês. Aí a (...) [monitora da caminhada], que é funcionária daqui também, eu pediria para ela também estar participando. (...) Eu acho que a Pausa Saudável também vai levar um tempo, MAS EU ACHO QUE ELAS [FUNCIONÁRIOS DA UNIDADE], SENTINDO O BENEFÍCIO QUE VAI TRAZER, EU VOU CONSEGUIR QUE ELAS COMECEM A PARTICIPAR DA CAMINHADA. É LENTO? É LENTO, MAS EU ESTOU PENSANDO EM IR POR ESSE CAMINHO, MUDAR A REUNIÃO PARA QUINTA-FEIRA PORQUE O (...) [monitora da caminhada] É FUNCIONÁRIA, ELA VAI PARTICIPAR DAS REUNIÕES JUNTO COM A GENTE, E ASSIM, (...) [monitor da caminhada] “SERÁ QUE VOCÊ PODERIA DAR UM ALONGAMENTO MAIS TRANQUÍLO, JÁ QUE TODOS OS FUNCIONÁRIOS ESTÃO PRESENTES?” E AOS POUCOS, EU TENHO CERTEZA QUE CADA UMA VAI PERCEBENDO QUE ISSO É BENEFÍCIO. Está ficando difícil nas reuniões técnicas; então, eu vou começar a mandar os funcionários para participar do alongamento aqui na Unidade e aí eu começo a envolver (...)”

Estimulo à convivência e ao estabelecimento de laços entre a população e os profissionais de saúde

“QUANDO ERA LÁ NA ABOLIÇÃO E A CAMINHADA ERA NO PARQUE, ELES VINHAM UMA VEZ POR MÊS SÓ PARA PESAR; ENTÃO, A GENTE NÃO TINHA TANTO CONTATO. HOJE NÃO. HOJE ELES ESTÃO AQUI NA UNIDADE, TERÇAS E QUINTAS. ELES ENTRAM E VÃO TODOS PARA O FUNDO FAZER O ALONGAMENTO E DE LÁ ELES SAEM; ENTÃO, O CONTATO É MAIOR E ISSO FACILITA E FACILITA MUITO, PRINCIPALMENTE PARA OS PACIENTES QUE ESTÃO AQUI AGUARDANDO UMA COLETA. TEM UNS QUE VÊM COM A CAMISETA QUE JÁ OS IDENTIFICAM, É MAIS FÁCIL PARA OS PACIENTES E PARA NÓS TAMBÉM. (...) Para isso [fazer o mural], eu quero que os funcionários estejam nessas fotos, para mostrar essa Unidade à população. (...) Não estão aderindo, por isso que eu acho importante os próprios funcionários estarem participando, no sentido de animar (...). A proximidade com a população também melhora, melhora o vínculo com o paciente e através desse vínculo, a gente conhece realmente o paciente e os seus problemas.”

Gestão do serviço baseada na participação comunitária

“Os parques estão sendo melhorados cada vez mais. No Orçamento Participativo, A GENTE PERCEBE QUE A POPULAÇÃO PEDE PRAÇAS ILUMINADAS, PEDE SEGURANÇA, PARA QUE O PESSOAL POSSA FAZER A CAMINHADA. Então, a gente percebe que isso vai acabar entrando como, não digo como uma Política de Saúde, mas como uma necessidade.”

Atenção à Saúde organizada com base na lógica do cuidado e não da doença

“Eu bato nessa tecla, porque EXISTEM ALGUNS PACIENTES QUE A GENTE SABE QUE PARTICIPAM DA CAMINHADA, SABE QUE VÊM UMA VEZ POR MÊS PARA VERIFICAR A PRESSÃO, FAZER O PESO, CONTROLAR O DESTRO E TUDO... MAS E DAÍ? SÓ FICA NISSO? COMO É QUE É, POR EXEMPLO, A ALIMENTAÇÃO DESSE PACIENTE? SERÁ QUE ELE ESTÁ COM UMA ALIMENTAÇÃO ADEQUADA PARA TENTAR MANTER UMA VIDA SAUDÁVEL E PROLONGAR ESSA VIDA SAUDÁVEL? O

QUE EU ACHO QUE FALTA DA MINHA PARTE, COMO ENCARGADA DA UNIDADE, É ISSO. A (...) [monitora da caminhada] VEM AQUI FAZER O PESO, ELA VERIFICA A CIRCUNFERÊNCIA ABDOMINAL; AS MENINAS VERIFICAM A PA; MAS AÍ EU ACHO QUE FALTA UMA COMPLEMENTAÇÃO POR PARTE DA UNIDADE, NÃO SEI SE É DA MINHA PARTE COMO ENFERMEIRA OU DA PARTE DO MÉDICO COMO MÉDICO, COMO PROFISSIONAL DA ÁREA DA SAÚDE, MAS EU ACHO QUE FALTA ALGUMA COISA PARA COMPLEMENTAR. PORQUE ELES VERIFICAM A PRESSÃO, VERIFICAM O DESTRO E” TCHAU GENTE, ATÉ O MÊS QUE VEM”. SERÁ QUE A GENTE NÃO CONSEGUE JUNTAR ALGUMA COISA A MAIS COM ISSO? NÃO SÓ EM RELAÇÃO AO PESSOAL QUE FAZ A CAMINHADA, MAS EM RELAÇÃO A TUDO AQUI NÃO UNIDADE.”

“(...) A prática de atividades físicas com a intenção de promover a Saúde no Japão vem desde a infância e aqui não é bem assim. Eu vejo isso pelos meus filhos, para o meu caçula, a Educação Física é um peso, é como se fosse uma prova de Matemática. Como colocar essa prática para os alunos entenderem que é necessário? É como se fosse uma matéria a mais e na verdade não é uma matéria mais (...) Por isso que a gente está com tanta criança obesa na cidade. Então, a gente tem que pensar por aí, só que a gente não faz, nós não fazemos isso. Talvez até alguém lá do Ministério tenha pensado nisso, mas isso não é colocado nas escolas como uma educação para uma vida saudável; isso é colocado simplesmente como a prática de atividade física, como se fosse currículo, matéria. (...) se nós dentro da Saúde tivéssemos um pouquinho mais de preocupação com relação a isso, eu acho que obrigatoriamente a gente faria a Pausa Saudável.”

Valorização do cuidado e não só da prescrição

“... mas para que o senhor está precisando de um endócrino? Por que um cardiologista? A gente tenta pegar por aí. Tem paciente que vem aqui só para verificar a pressão e o destro - Por que o senhor está verificando a pressão? Por que está verificando destro? Vamos participar da Caminhada e vamos ver se o senhor consegue estabilizar essa pressão,

estabilizar essa diabete. Pessoas que a gente sabe que vêm na Unidade só para verificar a pressão, não têm problema nenhum, mas vêm por uma questão de solidão. (...)”

“(...) O SENHOR TEM QUE TER O RITMO DO SENHOR, NÃO PRECISA FAZER A CAMINHADA DE ACORDO COM O QUE TODO MUNDO FAZ, CAMINHE NO SEU RITMO (...)”

“Eu peço para estarem caminhando, porque quando o médico fala parece que é lei, principalmente a clínica da manhã, ela encaminha bastante (...)”

“...volto a repetir Saúde Pública é prevenção e a gente não está aqui para fazer a parte curativa. Agente está aqui para fazer a parte preventiva. O pediatra está aqui para fazer puericultura: vamos ver se o seu filho está crescendo, se o seu filho está com o peso de acordo com a idade, como é que está o desenvolvimento. A clínica geral também é isso: como é que está a sua pressão? O senhor está participando da Caminhada? Vamos ver como é que está a glicemia? O senhor está controlando direitinho? Alimentação como é que está? Então, tem todos esses fatores que eu acho que ficam um pouco soltos (...) Eu acredito que a gente, tendo esse contato, a coisa melhoraria; eu não falo isso só de boca, eu falo isso de experiência de vida e por outras pessoas que eu sei que isso acontece. Se não me engano, no Sorocaba, a (...), que é enfermeira de lá, uma vez por mês ela faz isso. Ela faz o peso, ela faz o destro, a PA, e no final ela faz uma palestra: o que é a hipertensão? Quais os riscos que uma hipertensão pode ocasionar no paciente? A diabetes, por que esse controle do destro? Por que é importante caminhar em relação ao hipertenso e ao diabético? (...)”

Valorização do social, da subjetividade

“É uma avaliação minha, mas na conversa de corredor a clínica da manhã sempre fala para mim – olha, o pessoal do Caminhando está legal, eles estão controlando bem. A PROXIMIDADE COM A POPULAÇÃO”

TAMBÉM MELHORA, MELHORA O VÍNCULO COM O PACIENTE E ATRAVÉS DESSE VÍNCULO, A GENTE CONHECE REALMENTE O PACIENTE E OS SEUS PROBLEMAS.”

6.1.8. Sujeito 8:

Nasceu em São Paulo, mas ainda pequeno foi morar em Santo André. Foi vereador da cidade no período de 1997 a 2000 e está vinculado à prefeitura desde 2001, época em que esteve ligado à área da Saúde. Atualmente trabalha com programas de voluntariado da Prefeitura.

O sujeito considera a Unidade de Saúde como um espaço privilegiado para a promoção de várias ações que não são exclusivamente as relacionadas à consulta ao médico, à retirada de um medicamento ou ainda à aferição da pressão arterial. Aponta para a possibilidade de um envolvimento comunitário, quando relata o caso de uma determinada US, que não tinha em suas proximidades um local adequado para se fazer uma caminhada. Nesse caso, a comunidade se envolveu e resolveu o problema com a utilização de um estacionamento da região.

Do mesmo modo, conta o novo olhar que a população estabeleceu com relação a uma favela localizada num dos bairros da cidade, por conta dos equipamentos do CFM e da qualidade do trabalho que estava sendo desenvolvido no local. Enfatiza também ser esse um local onde é possível acessar uma parcela da população mais sedentária, que não está acostumada a consultar as programações que a Prefeitura oferece na agenda da cidade e que vive procurando a US com um enfoque na doença, isto é, sem associar a necessidade de se fazer outras atividades complementares. Como quer que seja, todo esse envolvimento comunitário possibilitou uma discussão entre a população e o pessoal do Orçamento Participativo para tornar o programa Caminhando para a Saúde permanente.

Entende que a implementação desse programa, vinculado a US, criou um outro espírito na da Secretaria de Saúde e isso contribuiu para a aproximação e o relacionamento entre os usuários e os profissionais de Saúde. Nesse sentido, destacou que no local que dispunha de enfermeira do PSF ou enfermeira da Unidade envolvida, as coisas caminhavam melhor, mesmo quando existia uma certa

resistência do médico, que não assinava o atestado ou não realizava uma palestra. Apesar de entender que a participação do médico é importante e ajuda, reforça que a continuidade desse projeto depende mais da enfermeira que faz o monitoramento, do que o médico que tem outros afazeres.

Percebe a importância da criação dos vínculos não só entre os integrantes dos grupos de caminhada, mas da população em geral com a Unidade de Saúde. No primeiro caso, refere-se ao eco que as ações têm na comunidade, pois a mesma pessoa que frequenta a Unidade de Saúde pode participar da missa na igreja ou de algum encontro na casa de um conhecido. No segundo caso, retrata o envolvimento que as pessoas têm com as festas ou novos programas de saúde que se estabelecem na US, motivando a sua continuidade, sem contar que elas começam a enxergar a Unidade de Saúde não com o foco na doença, mas sim na saúde.

Ao mesmo tempo em que relata a importância do envolvimento entre a comunidade e a US, muitas vezes demonstra que o principal objetivo do programa Caminhando para a Saúde está nas questões relacionadas à preparação do corpo e dos controles feitos pelas enfermeiras, pois as pessoas podem não conhecer os riscos aos quais podem estar submetidas ao praticar a caminhada sem monitoramento e orientação adequada.

Nesse contexto, o sujeito nos parece estar preocupado com uma reorganização da lógica do Serviço de Saúde, que ainda está focado na doença e não na saúde, além da valorização das relações e vínculos dos indivíduos e comunidades. Porém, percebemos que o modelo clínico hegemônico focado na prescrição e controles fisiológicos ainda está tão presente no relato desse sujeito, que quando enfoca as práticas corporais, utiliza exemplos e percepções ligados a esses aspectos, o que dificulta a mudança desse paradigma.

Essa inconsistência entre um pensar não focado na doença e uma centralidade nas relações com os profissionais de Saúde, principalmente com a enfermeira, também está demonstrada quando se refere aos conteúdos, ao fazer (execução) das atividades e ao local onde elas acontecem e deixa de enfatizar o vínculo dos participantes com o seu monitor.

Atenção à Saúde organizada com base na lógica do cuidado e não da doença

“ CAMINHANDO PARA A SAÚDE, EU ACHO QUE A GRANDE NOVIDADE QUE FAZ A DIFERENÇA É QUE VOCÊ VAI ENCONTRAR AQUELA PESSOA QUE É MEIO SEDENTÁRIA, QUE VIVE PROCURANDO A UNIDADE DE SAÚDE PARA TOMAR REMÉDIO, PARA PROCURAR O MÉDICO, PARA MEDIR A PRESSÃO E NÃO ASSOCIA QUE ELA PRECISA MELHORAR O RITMO DELA, QUE ELA PRECISA FAZER OUTRAS COISAS QUE NÃO PROCURAR A UNIDADE DE SAÚDE. Então, eu acho que quando a gente estabelece que o projeto pode entrar via Unidade de Saúde, “Caminhando para Saúde”, na responsabilidade da Secretaria de Saúde é a diferença; é você ter um outro público que não vê a agenda da cidade, não lê o jornal, mas ELA VAI LÁ NA UNIDADE DE SAÚDE E É CONVIDADA A PARTICIPAR DO GRUPO QUE VAI FAZER A CAMINHADA. LÁ VAI TER MONITORAMENTO, VAI TER ALGUÉM ORIENTANDO COMO É QUE TEM QUE FAZER O ESFORÇO, COMO É O RETORNO DELA, O CAMINHAR DELA GRADATIVO; então, uma série de coisas que foram implementadas, eu acho que criou um outro espírito dentro da Secretaria de Saúde.”

Gestão do serviço baseada na participação comunitária

*“... o espaço também. Às vezes a Unidade de Saúde ficava muito distante do espaço que era destinado à prática; aí também tinha dificuldade. EU ME LEMBRO DO JOÃO RAMALHO, POR EXEMPLO, QUE NÓS TÍNHAMOS A UNIDADE, MAS NÃO TINHAM ONDE FAZER. A UNIDADE FICAVA NUMA SUBIDA, NUMA RIBANCEIRA LÁ; AÍ NÓS ARRUMAMOS UM ESPAÇO PRÓXIMO DA AVENIDA DOS ESTADOS, BEM AMPLO. ERA UM GRANDE ESTACIONAMENTO VAZIO QUE ESTAVA LÁ, NÃO SEI QUANTOS ANOS PARA ALUGAR E NUNCA ALUGAVA; ENTÃO, COMEÇOU A AUMENTAR O NÚMERO DE PARTICIPANTES; depois, alugaram o espaço, o espaço do estacionamento se transformou... foi vendido e aí o grupo se dispersou naquele momento, até encontrar um novo local e tal (...). **Quando você tem um parque bonito, próximo, com espaço, com a pista adequada, com serragem, leve, isso é ótimo. Aí só amplia...**”*

“(…) E por ironia, a Unidade de Saúde é que dava o parecer, porque para participar dessas academias era preciso uma avaliação do médico. Então, da Unidade de Saúde é que se encaminhava para essas academias. A Unidade ficava lá no Campestre, bairro da cidade de Santo André, um bairro nobre; então, as pessoas de mais idade que **recebiam a autorização para usar a Unidade de fortalecimento**, diziam - LÁ NO PALMARES, LÁ NAQUELE FIM DE MUNDO, LÁ NAQUELE LUGAR QUE A GENTE NÃO SABE COMO CHEGA - (...), QUANDO ELAS VIRAM O ESPAÇO E O TIPO DE EQUIPAMENTO QUE ESTAVA LÁ, HOJE EU SEI QUE O PESSOAL TEM HORA MARCADA LÁ, E O PESSOAL CHEGA DE CARRO, SAI DE CARRO E NÃO TEM MAIS O PROBLEMA DA FAVELA DO LADO, PORQUE ELA SABE DO EQUIPAMENTO, DA QUALIDADE DOS PROFISSIONAIS QUE ESTÃO ENVOLVIDOS NA PROPOSTA, (...) ESTABELECEU ATÉ UM NOVO OLHAR DOS MORADORES DO COMPLEXO DO PALMARES POR CAUSA DESSE EQUIPAMENTO QUE ESTAVA LÁ.”

“A GENTE FEZ A DISCUSSÃO COM A POPULAÇÃO E COM O PESSOAL QUE PARTICIPA DO ORÇAMENTO PARTICIPATIVO, PARA QUE ELES COBRASSEM DENTRO DO PROJETO DA PREFEITURA, de pensar o orçamento para o ano seguinte, a verba necessária para ficar permanente o “Caminhando para Saúde”; ENTÃO SE ESTABELECEU AÍ UM VÍNCULO.”

Estímulo à convivência e ao estabelecimento de laços entre a população e os profissionais de Saúde

“É FATO QUE A ONDE A GENTE TINHA A ENFERMEIRA DO PSF, DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA, OU ENFERMEIRA DA UNIDADE ENVOLVIDA, AS COISAS CAMINHAVAM MELHOR. **Podia ter até uma resistência do médico, que não assinava o termo lá, ou não dava a palestra,** MAS SE A ENFERMEIRA FAZIA (...). ERA O MOMENTO MAIS INTERESSANTE QUE TINHA NA PROPOSTA, ERA A CAMINHADA PARA A SAÚDE, ERA A HORA QUE AS SENHORAS CHEGAVAM ÀS 7H DA MANHÃ, SETE MEIA E ESTAVA LÁ A ENFERMEIRA PARA DAR BOM DIA.”

“(…) NA VILA PALMARES, A GENTE CHEGOU ATÉ 100 PESSOAS NUM PRIMEIRO MOMENTO. NO PRIMEIRO ANO AINDA, O GRUPO JÁ SE FORMAVA PARA IR VISITAR A

EXPOSIÇÃO, FAZER EXCURSÃO E A EXEMPLO DE OUTROS LUGARES, A DIFICULDADE DO PROFISSIONAL DE ESTAR LÁ, DISPONIBILIZADO PARA FAZER A RECEPÇÃO DESSAS PESSOAS PARA FAZER A CAMINHADA, PARA DAR UM POUCO DA LIGAÇÃO E DAR UM POUCO DA CO-RESPONSABILIDADE DA UNIDADE NISSO, ISSO NO INÍCIO.

“O VÍNCULO COMEÇA COM 10 SENHORINHAS, COM VINTE PESSOAS, MAS ISSO VAI REPERCUTINDO DENTRO DA COMUNIDADE; ENTÃO, ESSA MESMA PESSOA QUE VAI NA UNIDADE SAÚDE, VAI NA IGREJA (...) ENTÃO, ELA COMEÇA A ASSOCIAR – BOM, EU VOU À IGREJA E O PESSOAL ESTÁ FAZENDO UM TRABALHO DE PREPARAÇÃO DO CORPO; EU VOU NA UNIDADE DE SAÚDE E FALA QUE NÃO É SÓ O REMÉDIO, QUE EU PRECISO CAMINHAR, É PRECISO FAZER ALGUMA COISA PARA NÃO SER SEDENTÁRIO – ENTÃO, ISSO VAI AMPLIANDO O NÚMERO DE PESSOAS PREOCUPADAS EM FAZER O EXERCÍCIO E AMPLIA O NÚMERO DE PESSOAS FAZENDO EXERCÍCIO (...) SE EU TENHO UM GRUPO DE 50 A 100 PESSOAS QUE FAZEM A CAMINHADA, ESSAS PESSOAS VIRÃO; SE VOCÊ FIZER UMA FESTA JUNINA, ESSAS PESSOAS ESTARÃO PARTICIPANDO; SE VOCÊ ESTABELECEER QUE HÁ UM NOVO PROGRAMA DENTRO DA SAÚDE, DE MEDICINA ALTERNATIVA, DE FITOTERAPIA OU QUE SEJA, ESSE PÚBLICO VAI ESTAR MAIS PRÓXIMO PARA DAR CONTINUIDADE A ESSES PROJETOS, ÀS VEZES...”

A superação do biologicismo e do modelo clínico hegemônico

“... como já falei, o médico é importante: se ele faz a convocação, ótimo, ajuda, mas a continuidade do projeto depende mais da enfermeira que faz o monitoramento do que do médico que tem outros afazeres. Então isso fez a diferença (...)”

“(...) Também acho que para o futuro, deve-se pensar em ampliar esse projeto para os parques, enquanto pessoas que possam estar lá disponibilizadas para orientar quem está fazendo as caminhadas pela manhã, normalmente pela manhã, para que em vez de você fazer só da Saúde para o Lazer, fazer também do parque para Saúde. De repente, aquela pessoa não está sabendo que ela está correndo um

risco e ela precisa passar numa Unidade de Saúde para fazer o monitoramento, ver o tipo de doença que ela pode estar sendo acometida.”

“Acho que agora é um dos programas que têm uma ótima aceitação. Eu não estou mais na Secretaria de Saúde, mas vejo em alguns bairros a movimentação muito grande deste grupamento, DO PESSOAL QUE SE ENVOLVE TANTO COM A SAÚDE ATRAVÉS DO DADO MÉDICO, DA ENFERMEIRA QUE FAZ ACOMPANHAMENTO E O MONITORAMENTO, MAS SE ENVOLVE TAMBÉM COM A ÁREA DE LAZER DOS NOSSOS CESAS, DOS NOSSOS PARQUES, A ONDE VOCÊ VAI FAZER ESSA CAMINHADA; ACHO ISSO MUITO IMPORTANTE (...)”

“(...) Eu faço a festa junina na Unidade de Saúde, A POPULAÇÃO VEM, COLABORA E A REFERÊNCIA QUE ELA TEM DA UNIDADE JÁ NÃO É SÓ A DOENÇA; PASSA A SER OUTROS EVENTOS. Então, a preocupação foi essa; SE PUDESSE COLOCAR O PROJETO ONDE A POPULAÇÃO SE ENVOLVESSE COM UM TIPO DE LAZER, COM UM TIPO DE ATIVIDADE ALÉM, DE PERIODICAMENTE VISITAR A UNIDADE DE SAÚDE, SERIA IMPORTANTE. Por isso que eu acho que o “Caminhando para Saúde” encaixou direitinho aí.”

Valorização do cuidado e não só da prescrição

“(...) os relatórios que surgem a partir daí que vocês fizeram foram muito bons, porque aí identificava – olha, a pessoa está aqui, está fazendo; ela diminuiu o consumo de medicamentos; ela melhorou o ritmo dela; ela não está fazendo só 500 metros, ela está fazendo mil e tantos...”

“(...) Quando a gente chega na Unidade de Saúde e a médica fala - eu vou dar uma palestra para orientar o pessoal para fazer a caminhada - na semana seguinte, você tem gente de todo lado; se inscrevem; o pessoal vem, porque o médico está dizendo que além do remédio, além de monitorar a pressão, além de fazer as visitas periódicas, é preciso caminhar, é preciso fazer um exercício, é preciso fazer qualquer coisa, além de ficar parado em casa.”

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise do processo de implementação do projeto Lazer e Saúde no município de Santo André revelou questões importantes para reflexão, tanto na dimensão positiva quanto na que enfrenta dificuldades relativas ao movimento de disseminação e operacionalização de ações que associam práticas corporais e promoção da saúde no SUS. Se, freqüentemente, encontramos mensagens relacionando atividade física e saúde, ou práticas corporais e saúde, ou ainda exercício físico e saúde de modo superficial e apressado, foi possível ao longo de todo esse processo de investigação, verificar a complexidade do tema e, portanto, a dificuldade das instituições, pessoas e coletivos em articular e concretizar um discurso e uma política social voltados para a saúde da população.

A metodologia adotada foi de especial importância na obtenção dos resultados e da análise dos dados, pois permitiu mapear temas e aprofundar questões que, possivelmente, teriam ficado perdidos ou escondidos se tivéssemos recorrido somente a pesquisa de natureza quantitativa. Entrevistas, diário de campo, observações, análise temática e análise das entrevistas foram essenciais para compreender de que maneira os diversos sujeitos percebem as práticas corporais no cotidiano do serviço.

A sensação que tivemos ao término da pesquisa foi de ter acompanhado uma maratona de atletismo com barreiras. Com barreiras? Decerto, essa modalidade não existe, mas a falta de conhecimento e organização dos envolvidos com o processo de implementação fez surgirem inúmeros obstáculos durante o percurso investigativo. Entendê-los é fundamental para que em outras maratonas, ou melhor, em outras iniciativas semelhantes à que investigamos, esses obstáculos sejam transpostos com menor sacrifício.

Os primeiros três obstáculos enfrentados referem-se à Promoção da Saúde, às práticas corporais e ao seu inter-relacionamento. Como enfatizado anteriormente, a primeira é uma estratégia de articulação transversal, na qual a

população se capacita e busca meios para conseguir controlar os fatores que favorecem seu bem-estar. A segunda é uma intervenção na qual o ser humano em movimento é o centro das ações e, portanto, os seus modos de se expressar corporalmente têm sentido e significado, razão por que é fundamental compreender essa gestualidade. Ambas visam primordialmente capacitar o sujeito para torná-lo o autor de suas próprias escolhas. Entretanto, a análise das entrevistas mostra que prevenção de doença caminha junto com atividade física, que atividade física é sinônimo de lazer, que prática corporal é o mesmo que exercício, o que só dificulta o planejamento, o gerenciamento e a gestão, no caso, do projeto Lazer e Saúde. Contudo, cremos ser possível transpor tais obstáculos se esses conceitos forem discutidos e definidos, por exemplo, através das ações vinculadas à Política Nacional de Promoção da Saúde.

Um quarto obstáculo, de complexa transposição, diz respeito às dificuldades com os profissionais que conduzem as práticas. Complexa no sentido da multiplicidade dos temas e suas sobreposições, tais como os diferentes tipos de contratação desses profissionais pelo Sistema Público, as dificuldades financeiras para manter os projetos e a necessidade de uma formação profissional diferenciada. Os relatos apontam para a necessidade da participação, do envolvimento e da formação dos profissionais que atuam com as práticas corporais como forma de sustentar e aprimorar a intervenção. Entendemos que, apesar da complexidade do tema, alguns caminhos podem ser vislumbrados, entre eles a sistematização de cursos para a formação de profissionais que conduzem as atividades (multiplicadores) e a troca de informação e experiências entre os alunos dos cursos de Educação Física e os profissionais que atuam na atenção primária.

Importa destacar que, embora a realização de curso de multiplicadores já tenha sido apontada como insatisfatória por alguns dos sujeitos entrevistados, defendemos que é equivocada a visão que pretende dele resultados imediatos e obrigatórios. Ou seja, é necessário que os gestores responsáveis pela formação desses multiplicadores entendam que os sujeitos capacitados não atuarão necessariamente em locais predeterminados, como nas Unidades de Saúde, nos parques, nos Centros Comunitários, nos CESAs ou mesmo na própria Prefeitura. Em

outras palavras, é fundamental considerar outros espaços de atuação de interesse dos profissionais e, ao mesmo tempo, que a consciência e o aprendizado contextualizado e aprofundado dessas questões pode contribuir para a mudança de certo padrão hegemônico de pensar e agir sobre a saúde, centrado na doença e no praticar atividade física.

A troca de experiências e informações entre alunos de graduação dos cursos de Educação Física e profissionais que atuam no SUS é outra estratégia fundamental. As observações das práticas corporais realizadas durante o percurso investigativo do projeto Lazer e Saúde ensejaram visualizar uma “deficiência” na formação da maioria dos responsáveis pelas práticas. Nesse sentido, a intersecção de saberes e práticas capacitaria os profissionais de Educação Física visando à sua inserção, como protagonistas na discussão e intervenção em saúde, na sua dimensão coletiva, pública e social.

A quinta barreira encontrada é a intersetorialidade. Ao longo do texto, apresentamos pontos específicos sobre essa temática e propusemos uma complementação à definição de Junqueira (1998). Assim, entendemos a intersetorialidade como uma articulação entre conhecimento e experiências no planejamento, realização e avaliação de políticas, programas e projetos com o objetivo de construir novas linguagens, sincrônicas e diacrônicas, e conceitos para atender às necessidades e expectativas das comunidades e grupos populacionais específicos em determinado espaço geográfico de forma sinérgica e integral⁵⁴.

Por meio dos relatos, percebemos que a intersetorialidade é uma das barreiras a superar de alto grau de dificuldade, para o que será necessária a ajuda dos diversos atores e setores. Esse complemento de forças (saberes e práticas) intensificaria o aparecimento de novas potencialidades, de envolvimento co-responsáveis e de uma visão mais integral do processo de implementação do projeto Lazer e Saúde. É importante enfatizar a necessidade de olhar o todo (projeto Lazer e Saúde) como uma unidade, preservando, contudo, a individualidade das partes (práticas corporais) e permitindo que cada uma elabore seu próprio desenho

⁵⁴ As particularidades desse conceito estão descritas na análise da intersetorialidade no sub-item “Dono, parceiro ou colaborador”.

organizativo e arquitetônico, pois são específicos de determinado lugar e, assim, possuem características próprias.

A sexta barreira encontrada é a dificuldade de comunicação entre os envolvidos com as práticas corporais. A solução desse problema é uma das peças-chave para montar o “quebra-cabeça” da intersectorialidade. A comunicação eficiente entre os diversos atores e setores é a costura da ação intersectorial, ou seja, é ela que estabelece a ligação entre os erros e as soluções, do todo com as partes e das partes com o todo, ao mesmo tempo em que possibilita a ação conjunta, o reconhecimento do não-conhecimento, e ameniza os conflitos gerados pelos diferentes graus de poder e de condições de trabalho.

Nesse sentido, parece-nos fundamental a criação de um mecanismo de comunicação de fácil acesso, de grande agilidade e democrático, que integre e “conecte” diariamente os diversos sujeitos envolvidos, propondo, repondo e opondo-se às idéias e às ações implementadas. Uma experiência, ainda embrionária, mas que tem se mostrado eficaz na comunicação e vínculo entre os monitores do programa “Caminhando para a Saúde⁵⁵” é a do “grupo virtual”. Nesse grupo, os participantes relatam mensalmente os acontecimentos de seu trabalho junto às Unidades de Saúde e são informados de todas as atividades pertinentes ao programa, como palestras, eventos, passeios, reuniões, entre outras. O acesso é feito via Internet e todos têm a possibilidade de ler os relatos dos outros e se manifestarem nos encontros que acontecem no Departamento de Lazer duas vezes por mês. Essas reuniões quinzenais, “presenciais”, também têm sido importantes, pois criam laços afetivos entre os monitores. Parece-nos, entretanto, que os dois tipos de encontros, presencial e virtual, não têm sido efetivos quando o enfoque está nos integrantes de diferentes níveis hierárquicos, ou seja, quando se “encontram” gestores ou gerentes e monitores. Instamos, por isso, na criação de uma gerência específica para pensar e agir com ênfase nas práticas corporais e Promoção da Saúde, intensificando as ações intersectoriais.

⁵⁵ O programa Caminhando para a Saúde é uma das ações do projeto Lazer e Saúde. Para maiores detalhes, consultar o capítulo 4, “O projeto Lazer e Saúde

Essa metáfora da “maratona com obstáculos” representa o processo de implementação do projeto Lazer e Saúde: muitos obstáculos foram transpostos, mas outros ainda estão por vir. A análise temática nos mostrou que o projeto é bem aceito pelos profissionais a ele ligados de alguma forma, porque aponta ganhos não só relativos à qualidade do serviço prestado, mas também na qualidade de vida dos participantes, apesar de ainda não haver nenhuma avaliação estruturada do projeto.

Ficou evidente também que as Unidades de Saúde têm-se revelado um local apropriado para a implementação das práticas corporais, pois, além de estarem geograficamente bem distribuídas, facilitando o acesso, contam com profissionais de saúde diretamente vinculados à comunidade local. Esses, e os demais aspectos positivos identificados apontam na direção da “linha de chegada”, embora outros estudos e pesquisas sejam necessários para alcançá-la.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMADIO, Alberto Carlos. **Diretrizes para elaboração de dissertações e teses**. São Paulo: EFEUSP, 2000

AZEVEDO, Janete M. Lins de. **A educação como política pública**. Campinas: Autores Associados, 2004.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1976

BRACHT, Valter. **Educação & ciência: cenas de um casamento (in)feliz**. 2. ed. Ijuí: Ed. Ijuí, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Promoção da saúde**: Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá. Brasília: Ministério da Saúde, 1996

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política nacional de promoção da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 60p.

BUSS, Paulo Marchiori. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.5, n.1, p.163-177, 2000.

_____. Promoção da saúde e qualidade de vida. In CZERESNIA, Dina & FREITAS, Carlos Machado de (org). **Promoção da saúde – conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: editora Fiocruz, 2003.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Clínica e Saúde Coletiva compartilhadas: Teoria Paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In CAMPOS, Gastão Wagner de Souza et. al (org). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Fiocruz, 2006 p. 871

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa & DIMITTRI, Ana Carla. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n 2, p. 399-407, fev, 2007

CARVALHO, Sérgio Rezende. **Saúde coletiva e promoção à saúde: Uma reflexão sobre o tema do sujeito e da mudança**. 2002. Tese de doutorado - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

_____. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.9, n.3, p.669-678, 2004.

CARVALHO, Yara Maria de. **O “mito” da atividade física e saúde**. 3.ed. São Paulo: Hucitec, 2001.

_____. Educação Física e Saúde Coletiva: uma introdução. In LUZ, Madel Therezinha. **Novos saberes e práticas em saúde coletiva**: estudo sobre racionalidades médicas e atividades corporais. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 2005.

CARVALHO, Yara Maria de & CECCIM, Ricardo Burg. Formação e educação em saúde. In CAMPOS, Gastão Wagner de Souza et. al (org). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Fiocruz, 2006 p. 871

_____. Promoção da saúde, práticas corporais e atenção básica. In **Revista Brasileira de Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CONFEEF/CREFS (Org.). **Carta Brasileira de Prevenção Integrada na Área da Saúde**. Disponível em: <<http://www.confef.org.br/extra/conteudo/default.asp?id=30>>. Acesso em: 06 jan. 2008.

DALLARI, Sueli Gandolfi & FORTES, Paulo Antônio de Carvalho. Direito sanitário: Inovação teórica e novo campo de trabalho, In FLEURY, Sonia (org). **Saúde e democracia - a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

FARINATTI, Paulo. Mudar a cabeça para mudar o corpo. In: **O desafio do movimento**. São Paulo: SESC, 2005.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **O dicionário Aurélio eletrônico** – Século XXI. Versão 3.0. Nova Fronteira, 1990.

FIEP – FEDERAÇÃO INTERNACIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA. **Manifesto Mundial da Educação Física FIEP - 2000**. Disponível em: <<http://www.fiepbrasil.org/index.asp?area=mmef.asp>>. Acesso em: 06 jan. 2008.

FREITAS, Fabiana Fernandes de. **A educação física no serviço público de saúde**. 1. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

JUNQUEIRA, Luciano A. Prates. Intersetorialidade, transetorialidade e redes sociais na saúde. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n 6, p. 35-45, Nov. /Dez. 2000^a

JUNQUEIRA, Luciano A. Prates. Articulação entre o serviço público e o cidadão. **X Congresso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública**, Santiago, Chile, 18 - 21 Oct. 2005

JUNQUEIRA, Rodrigo Gravina Prates. Agendas sociais: desafio da intersetorialidade na construção do desenvolvimento local sustentável. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n 6, p. 117-30, Nov./Dez . 2000b

LARA, Odete. Prefácio. In: HANH, Thich Nhât. **Para viver em paz – o milagre da mente alerta**. 19^a ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2001.

MARCELLINO, Nelson de Carvalho. **Lazer e educação**. 2.ed. Campinas: Papirus, 1990.

MARCELLINO, Nelson de Carvalho. Lazer: Concepções e Significados. **Licere**, Belo Horizonte, v.1, n.1, p.37-43, 1998.

MARINO JÚNIOR, João. **Orçamento participativo e poder local: um estudo sobre Araraquara, Franca e São Carlos no período 1999/2002**. 2005. 140 f. Tese (Doutorado) - Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2005.

MEDINA, João Paulo Subirá. **A educação física cuida do corpo... e “mente” – bases para a renovação e transformação da educação física**. Campinas: Papirus, 1983.

MINAYO, Maria Cecília de Souza, HARTZ, Zulmira Maria de Araújo & BUSS, Paulo Marchiori. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento – pesquisa qualitativa em saúde**. 8.ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

_____. **O desafio do conhecimento – pesquisa qualitativa em saúde**. 9.ed. Revisada e aprimorada. São Paulo: Hucitec, 2006.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; ASSIS, Simone Gonçalves de; SOUZA, Edinilsa Ramos de. (org.) **Avaliação por triangulação de métodos – abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

OLIVEIRA, Paulo de Salles. **Vidas compartilhadas: cultura e co-educação de gerações na vida cotidiana**. São Paulo: Hucitec/FAPES, 1999, p.314

OPAS **Cartas** - Documentos que norteiam a Promoção da Saúde. Disponível no endereço eletrônico da OPAS <<http://www.opas.org.br/coletiva/carta.cfm>>. Acesso em 7 nov. 2006.

REVISTA VEJA. **A magreza que mata**. São Paulo: Editora Abril, 22 nov. 2006.

PITANGA, Francisco José Godim. Epidemiologia, atividade física e saúde. **Rev. Bras. Ciên e Mov.** v.10, n.3, 49-54, 2002.

PNUD. **Relatório do desenvolvimento Humano**, 2006.

POWERS, Scott K. & HOWLEY, Edward T. **Fisiologia do exercício – teoria e aplicação ao condicionamento e ao desempenho**. 3. ed. Barueri: Manole, 2001.

REDE UNIDA. **Intersetorialidade na Rede UNIDA**. Disponível em : <http://www.redeunida.org.br/producao/div_interset.asp>. Acesso em 06 jan. 2008.

SANTAREM, José Maria. **Fisiologia do exercício e treinamento resistido na saúde, na doença e no envelhecimento**. Atualizado em 21/06/2005. Disponível em: <http://www.saudetotal.com.br/cecafi/texto_exercicio.asp>. Acesso em: 06 jan. 2008.

SCLIAR, Moacyr Jaime. **Da bíblia à psicanálise: saúde, doença e medicina na cultura judaica**. 1999. Tese de Doutorado - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública.

SILVA, Ana Márcia & DAMIANI, Iara Regina (orgs). ***Práticas corporais – gênese de um movimento investigativo em educação física***. Florianópolis: Nauemblu Ciência e Arte, v.1. 2005.

WESTPHAL, Márcia Faria. O Movimento Cidades/Municípios Saudáveis: um compromisso com a qualidade de vida. ***Revista Ciência & Saúde Coletiva***, Rio de Janeiro, v.5, n.1, 39-51, 2000.

_____. Promoção da saúde e prevenção de doenças. In CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa, et al. ***Tratado de saúde coletiva***. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006.

WESTPHAL, Márcia Faria & MENDES, Rosilda. Cidade saudável: uma experiência de interdisciplinaridade e intersetorialidade. ***Revista de Administração Pública***, Rio de Janeiro, v. 34, n 6, p. 47-61, Nov./Dez . 2000b