

**Práticas corporais promovidas pela  
unidade básica de saúde “Vila Dalva”:  
Visão de usuários**

**Douglas Cerqueira Ferdinando**

Dissertação apresentada ao Programa  
de Pós-Graduação em Saúde Pública  
da Faculdade de Saúde Pública da  
Universidade de São Paulo para  
obtenção do título de mestre em  
Saúde Pública.

Área de Concentração:  
Serviços em Saúde Pública

Orientadora: Profa. Dra. Cleide Lavieri  
Martins

São Paulo  
2007



É expressamente proibida a comercialização deste documento tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

49563/2007 doe

## **AGRADECIMENTOS**

Acima de tudo a Deus por ter dado forças e persistência na busca constante de melhorar sempre.

Ao meu pai, Artur (tenente), à minha mãe, Clarice, que me acompanharam em mais uma trajetória, algumas vezes perto e outras nem tanto, mas sempre acompanhando.

À minha família mais próxima, minha avó Altair, minhas irmãs Carla e Catia, ao meu cunhado e amigo Ricardo, e às minhas sobrinhas, Rebecca e Ana Beatriz, que contribuíram direta e indiretamente nesse trabalho.

À minha orientadora, Profa. Dra. Cleide Lavieri Martins por sua maneira sábia de orientar, pela paciência e confiança, mesmo diante das minhas limitações acadêmicas e de dedicação.

Às professoras Marcia Faria Westphal e Yara Maria de Carvalho por auxiliarem com esmero nos temas, conceitos e conhecimentos pelos quais são reconhecidas na comunidade acadêmica e científica.

Aos profissionais de saúde da UBS Vila Dalva. Importantes e sempre prontos para ajudar no processo de coleta de dados. Patrícia (gerente), Lucia (fisioterapeuta), Silvia, Paula, Antonia, Lourdes, Elisabeth, Elvira, Vera, Denise, Marcelo, Priscila, Alessandra, Nilza, Yolanda, Cristiane, Luciana e Eloísa (Agentes Comunitários de Saúde). Também aos responsáveis pelo Instituto Stefanini que cedeu o espaço para que fossem realizadas algumas entrevistas.

Aos amigos que auxiliaram diretamente neste trabalho: Shamy, Weber e Mauro.

Para minha Carolina, que teve muita paciência e compreensão nesse processo – Muchas Gracias.

Para todas as pessoas que estiveram, direta ou indiretamente, presentes, torcendo, dando dicas, lendo e relendo trechos, traduziram, imprimiram, duvidaram.

Para aquelas que já se foram. Saudades... Porque sem essas pessoas e todas as outras citadas, seria impossível a caminhada. Como disse alguém: O caminho se faz ao caminhar.

## **Arriscar!...**

**Há pessoas  
Que nunca se interrogam  
Sobre o que se avista  
Do alto da montanha...**

**Ou se é possível  
Lançar o disco  
a 100 metros de distância.  
Essas pessoas nunca arriscam...**

**Há pessoas  
Que nunca perguntam  
Qual é causa da pobreza.  
ou porque outras pessoas  
parecem infelizes.  
Essas pessoas nunca arriscam...**

**Há pessoas  
Que nunca tentam  
Modificar o que está mal  
Ou modificar-se a si próprias.  
Essas pessoas nunca arriscam...**

**Há pessoas que nunca sonham  
Com um mundo mais justo  
Nem com a liberdade e a paz.  
Essas pessoas nunca arriscam...**

**Felizmente que  
Algumas pessoas  
São capazes de arriscar.**

**Leif Kristianosson**

## RESUMO

A educação física atua, historicamente, na saúde e na educação, aos interesses políticos do Brasil desde a primeira metade do século XIX, período conhecido como “era da eugenia”. Atualmente a educação física por meio das atividades físicas, dos exercícios físicos, na busca da aptidão física para “cuidar do corpo” e acabar com o sedentarismo, tem se revelado, com uma nova roupagem, um instrumento para o que se chamou de higienismo e eugenismo pós-moderno. A Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo implantou em 2001 o Projeto de Medicina Tradicional Chinesa (MTC) como prática inovadora de promoção da saúde, estimulando a realização no âmbito da atenção básica. No conjunto das ações da MTC encontram-se as práticas corporais como o Tai Ch'i Chuan, Tai Ch'i Pai Lin, Lian Gong, Ch'i Gong, Meditação Ativa, dentre outras, buscando melhorar a saúde e a percepção do próprio corpo. Este trabalho buscou analisar e discutir as práticas corporais oferecidas na Unidade Básica de Saúde Vila Dalva, na visão dos usuários e pelo enfoque da promoção da saúde, sendo práticas corporais de origem oriental ou não. Utilizou-se para o estudo uma abordagem de análise qualitativa, e a técnica de coleta de dados foi o de entrevista semi-estruturada com usuários da referida Unidade Básica de Saúde. Foram entrevistados usuários que participam das práticas corporais num período superior ou igual a um ano e usuários que não participam das práticas oferecidas pela UBS. No processo de análise de um total de 17 entrevistas, levantou-se 3 categorias temáticas mais recorrentes conforme elementos do conceito de promoção da saúde: Acessibilidade, Medicalização e Participação Social. Verificou-se que as práticas corporais, mesmo tendo um conceito mais adequado às propostas do Programa de Saúde da Família (PSF) na busca da Promoção da Saúde no âmbito da atenção básica, estão sendo oferecidas e desenvolvidas com elementos de medicalização adquiridos historicamente, e dessa forma, contrariando a proposta do PSF de focar-se na família, na vida de qualidade, e não na doença.

**Palavras Chave:** Práticas Corporais, Usuários, Atenção Básica de Saúde, Promoção da saúde.

## **ABSTRACT**

Historically, the physical education acts on public health and education, based on Brazilian political interests, since the first half of the nineteenth century, which is known as the "eugenics era".

Nowadays the physical education has been revealed with a new approach, called the post-modern hygienist movement showing itself throughout the physical activities, physical exercises, on the search of physical fitness to "take care of the body" and on the search to end with the sedentary behavior.

The municipal general health office of São Paulo implanted the Chinese Traditional Medicine (CTM), in 2001 as innovative practice on the health promotion, stimulating the accomplishment of the basic health care. On the group of actions of CTM there are corporal practices such as Tai Ch'i Chuan, Tai Ch'i Pai Lin, Lian Gong, Ch'i Gong, Active Meditation, among others, looking for an improvement of health and on the perception of your own body. This research analyzes and discusses the corporal practices offered in the Vila Dalva's (São Paulo neighborhood) Basic Unit of Health (BUH), on the users' perception and on the Health promotion approach, as a corporal practice of oriental origin or not.

The study had a qualitative analysis approach; the data was collected with semi-structured interview technique with BUH users.

There were two kinds of interviewees: there were users who participated on the corporal practices for at least one year and users that didn't participate in the practices offered by the BUH. In the analysis process of 17 interviews, 3 themes/categories were repeatedly found based on the concept of Health Promotion: Accessibility, Social Participation and Medicalization. It was verified that although the corporal practices had a more appropriate concept to the Family Health Program (FHP) proposals, with the Health Promotion search of the in the extent basic health care, they are being offered and developed with medicalization elements acquired historically, and in that way, contradicting the FHP proposal on focusing in the family, in the life quality, and not on the disease.

**Words Key:** Corporal practices, Users, Basic Health Care, Promotion of Health.

## ÍNDICE

<b>1. INTRODUÇÃO</b>	<b>09</b>
1.1. Promoção da Saúde e Qualidade de Vida	13
1.2. Sistema Único de Saúde	17
1.3. Programa de Saúde da Família	21
1.4. Atuando na atenção básica	22
1.5. Práticas Corporais nas UBS	25
1.6. Atividade Física, Exercício Físico e Prática Corporal – concepções distintas do que parece ser igual	26
1.7. Práticas Corporais, a melhor estratégia de atuação?	28
1.8. Era uma vez a educação física	30
1.9. A educação física na escola – laboratório de intenções	31
<b>2. OBJETIVOS</b>	
2.1. Objetivo Geral	38
2.2. Objetivos Específicos	38
<b>3. CENÁRIO DE ESTUDO</b>	<b>39</b>
<b>4. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS</b>	<b>44</b>
4.1. Escolha dos sujeitos	46
4.2. Procedimento para coleta	48
4.2.1. O processo de entrevistas	50
4.3. Análise dos dados	52
<b>5. RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	<b>54</b>
5.1. As práticas corporais oferecidas	55
5.2. Semana típica e levantamento dos dados	56
5.3. Relação de usuários e faixa etária	58
5.4. Participação das Práticas Corporais por sexo	59
5.5. Participação geral das práticas	60

<b>5.6. Descrição dos usuários entrevistados</b>	<b>61</b>
<b>5.7. As categorias de análise</b>	<b>66</b>
5.7.1. Acessibilidade – Entre, a casa é sua	67
5.7.2. Medicalização - Três doses diárias de atividade física	87
5.7.3. Participação Social	96
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>107</b>
<b>7. REFERÊNCIAS</b>	<b>110</b>
<b>ANEXOS</b>	
<b>Anexo 1 - Roteiro de entrevista com praticantes</b>	<b>117</b>
<b>Anexo 2 - Roteiro de entrevista com quem nunca praticou</b>	<b>118</b>
<b>Anexo 3 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido</b>	<b>119</b>



## **LISTA DE FIGURAS**

Figura 1	Subprefeituras na cidade de São Paulo.	40
Figura 2	Subprefeitura do Butantã.	41
Figura 3	Localização da UBS Vila Dalva na região metropolitana de São Paulo.	41
Figura 4	Vista aérea da localização da UBS Vila Dalva e locais das Práticas Corporais.	42
Figura 5	Vista aérea ampliada da região da Vila Dalva	42
Figura 6	Vista aérea da Vila Dalva mostrando locais das Práticas Corporais referente à Medicina Tradicional Chinesa e locais de caminhada.	43
Figura 7	Práticas Corporais oferecidas pela UBS Vila Dalva.	56

## **LISTA DE GRÁFICOS**

Gráfico 1	Distribuição dos participantes das práticas corporais segundo faixa etária.	58
Gráfico 2	Distribuição de porcentagem de ocorrência de práticas corporais por sexo.	59
Gráfico 3	Distribuição da porcentagem de participantes segundo práticas.	60

## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1	Distribuição dos participantes segundo sexo, faixa etária e práticas corporais.	58
----------	---	----

## **1 – INTRODUÇÃO**

A Educação Física brasileira como produção de conhecimento e campo de atuação tem um histórico que caminha juntamente com o histórico do militarismo e da medicina. Por meio desse histórico é possível afirmar que sua atuação, quase que predominantemente, foi no sentido de adestrar corpos e pessoas.

CASTELLANI FILHO (1994) inclui a ginástica como parte do discurso higienista, predominante entre os profissionais de saúde, na década de 1930 no Brasil. Neste discurso positivista o adestramento dos corpos e a primazia pela disciplina eram precauções importantes, que permaneceram na história, como importante contribuição para o bem da nação.

Na década de 1980, a educação física passa por um período que denominou-se “crise da educação física”, em que esta prática teve que se firmar como área de conhecimento científico. Esses fizeram com as técnicas envolvidas com educação física deixassem em segundo plano o campo destinado à educação (educação física escolar). O resultado foi a volta à educação física de ordem biológica, embora um contingente de estudiosos da área não concordasse com a desvinculação da educação física da área pedagógica (KOLYNIK FILHO, 1998; CASTELLANI FILHO, 1994; COLETIVO DE AUTORES, 1992). Optou-se por uma educação física que priorizava estudos que não focavam o homem como ser integral, mas sim seus movimentos e seus corpos segmentados.

Atualmente, a Educação Física, por meio da resolução do Conselho Nacional (CNS nº 287/98), é reconhecida como uma das 14 categorias de profissões da saúde de nível superior (Diário Oficial da União, 08/out/1998 – Brasília). Assim, dentre outros motivos, vem tomando proporções de reconhecimento na área de saúde no decorrer dos anos. Uma parcela significativa dos artigos escritos em revistas da área e também em textos que abordam a saúde e a qualidade de vida, aponta a prática de atividade física como fator importante e indispensável num panorama favorável de saúde.

“A atividade física regular tem sido reconhecida por seus efeitos saudáveis nos praticantes” (ACSM 1998; PATE e PRATT e BLAIR e HASKELL et alli 1995; SHEPHARD 1995; BLAIR 1993; BERLIN & COLDITZ, 1990)

citados por PALMA (2000, p.97). Está relacionada com mudanças comportamentais a fim de que o indivíduo deixe hábitos não-saudáveis, como o sedentarismo, e assim, diminua os riscos relacionados ao sedentarismo que favorecem o aparecimento e o agravamento de doenças como, diabetes, osteoporose, hipertensão, doenças cardiovasculares, entre outras. Essa forma de pensar a relação entre a educação física e a saúde aponta para duas grandes inquietações segundo PALMA (2000). Uma visão estreita do conceito de Saúde e a existência de grupos privilegiados que podem pagar pelos serviços de atividade física utilizando de academias, clubes, *personal-trainer*, dentre tantos outros serviços nessa linha. Pensando nas Práticas Corporais promovidas pela UBS, o fator econômico não é um elemento de resistência ao seu acesso, talvez porque esteja fora da razão de intenção de lucro e também porque as políticas do Sistema Único de Saúde não busquem unicamente a prevenção de doenças, mas a atenção básica de forma geral.

Sabe-se que a condição da Saúde e Qualidade de Vida, por meio de aspectos objetivos (condições materiais) e subjetivos (necessidades de relacionamento, por exemplo) se dá não apenas pela existência de doença, mas sim, por meio da compreensão ampliada na 8ª Conferência Nacional de Saúde, que observa como condição de saúde a "... decorrência das condições de vida e trabalho, bem como do acesso igualitário de todos aos serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, colocando como uma das questões fundamentais a integralidade da atenção à saúde e a participação social".

Observa-se que, caso o gasto energético tenha um papel importante no processo de saúde, isto não resultará em mudanças reais e satisfatórias no que se compreende como saúde. Salieta-se não somente o sedentarismo, por exemplo, como problema, cuja resolução, supõe a atividade física; muitos outros fatores interferem nessa questão.

CANGUILHEM (1995) aborda a saúde como produção social e arte inseridas no cotidiano de nossas vidas, defende sua manutenção em níveis aceitáveis de acerto em estilo de vida, nas condições de vida, objetivas e subjetivas, e também nas políticas públicas que regulam estas amplas determinações.

O relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde apresenta a concepção de saúde como: *Saúde é o resultante das condições de alimentação, habitação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida.*

Seguindo esse raciocínio, parece contraditório pensar em programas de educação física e de lazer, se a população mais atingida com as doenças crônico-degenerativas são as mesmas que sofrem por causa da injusta distribuição de renda, poder aquisitivo insuficiente, condições de moradia precárias, dentre outros fatores. Lembrando ainda que a relação de acesso a programas de atividade física é inversamente proporcional às condições sócio-econômicas e culturais (PALMA, 2000).

O sedentarismo se mostra um fator de maior prevalência na população, independente do sexo, fator de risco para as doenças crônicas não-transmissíveis e seu rápido crescimento ocorre de forma desproporcional entre populações pobres e desfavorecidas, que estão mais vulneráveis aos riscos e às doenças, tanto em países desenvolvidos e também em desenvolvimento (INFORMES TÉCNICOS INSTITUCIONAIS, 2002). Atualmente, a discussão muda seu foco para responder aos motivos que determinam o número elevado de sedentários, o grande número de pobres e a tamanha disparidade social e distribuição de renda.

Dentro de uma visão de saúde pública é necessário que medidas como o incentivo de atividades físicas, que são tomadas, muitas delas garantidas por políticas, atinjam a população como um todo e não apenas uma determinada classe, a fim de promover o bem-estar do indivíduo, do cidadão, das pessoas.

Em contraposição às definições e práticas mais habituais referentes ao movimento humano, discute-se uma nova compreensão de trabalho com esse mesmo movimento: as práticas corporais. O conceito de prática corporal será melhor abordado na página 26 - item 1.6, entretanto, trata-se de uma abordagem que vem de uma concepção do campo das ciências humanas e sociais, na qual o corpo estudado é um corpo vivo, ou seja, o ser humano integral. Partem do princípio que as práticas corporais fazem parte do cotidiano, fazem sentido em sua vida, e o indivíduo tem a liberdade de escolha para

participar ou não de uma determinada prática. Ao contrário dessa concepção, os exercícios físicos, cujo instrutor designa o objetivo, o movimento, a intensidade e a frequência de realização, não oferecendo muitas vezes ao sujeito a oportunidade dele se perceber, de refletir sobre que está fazendo. É, mais uma vez, manipulado em nome da saúde (VAZ, 1999).

Neste trabalho, a visão do usuário é fator determinante e assim, (LEFÈVRE, 1991 apud LEFÈVRE e LEVÈVRE, 2004, p.34), abordam com propriedade o tema da visão dos usuários com relação à saúde.

*Do ponto de vista dos indivíduos, saúde pode ser vista como uma qualidade de um ou de uma parte de um corpo/mente de um indivíduo, ou de uma soma de indivíduos, percebida por estes indivíduos ou como bem estar, ou ausência de mal estar, ausência de doença, ausência de sintomas, ou como qualquer outro estado considerado saudável, com base em algum critério socialmente compartilhado, que os indivíduos podem ter, ser, estar, ou obter.*

*Deste ponto de vista, portanto, saúde pode ser vista como uma sensação: os indivíduos sentem que são saudáveis, com base em uma série de indicadores socialmente disponíveis (como raramente, ou nunca terem sido acometidos de doenças graves, estarem permanentemente dispostos para o trabalho, etc.). De forma semelhante, estes indivíduos estão sentindo-se saudáveis quando as sensações correspondentes, de base igualmente social, tem como referência um espaço de tempo mais delimitado.*

*Por outro lado, os indivíduos obtêm saúde pelo consumo, direto ou indireto, de algum tipo de produção ou serviço considerado, com base ou não em critérios técnicos, como produtor ou indutor externo de saúde ou de proteção contra doenças, tais como remédios, vitaminas, alimentos, vacinas, cirurgias, massagens e muitos outros.*

Acreditando que o conceito de saúde e a percepção do indivíduo na situação de saúde estejam claros, pode-se entender que as palavras de CHAMMÉ (2002, p.5), fecham com propriedade esse tópico.

*O termo saúde, nas últimas décadas do século XX, sofreu um processo de total rediscussão, pois, em um passado recente fora caracterizado de acordo com os indicativos de simples ausência ou não de doenças. Em 1947, a Organização Mundial de Saúde formulou o conceito de saúde como sendo o estado de mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas ausência de enfermidade. Tal conceituação, no entanto, apresentou os limites de sua baixa operacionalidade por pressupor parâmetros objetivos e subjetivos de difícil quantificação e, por isso, a discussão que se estabelece é que: no caso da doença, esta se manifesta através de sintomas e sinais que e agrupam em conjuntos e caracterizam as síndromes, ou seja: a doença é passível de ser detectada, pois é uma expressão concreta do corpo, enquanto, por outro lado, saúde é tida como uma expressão abstrata e ausente, como se fosse algo que estivesse sempre por vir.*

### **1.1 - Promoção da Saúde e Qualidade de Vida**

A idéia de promoção da saúde começa a surgir no final da década de 1970, mais precisamente em 1978 com a Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários, conhecida como Declaração de ALMA-ATA e é na Primeira Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde, em novembro de 1986, em Ottawa, que a Promoção da Saúde é definida como: *nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo. (...) 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 (BRASIL, 2001a).*

Os aspectos sociais e psicossociais que favorecem ou desfavorecem a saúde das populações e dos indivíduos, se acentua e indica a incorporação de conceitos e perspectivas das ciências sociais nesse campo. Nessa discussão está implícito que não basta prevenir as doenças ou medicalizar as populações: é necessário também assegurar uma qualidade de vida básica; não compete à medicina proporcionar, mas ao Estado e à sociedade (LUZ, 2005).

“A concepção de Promoção da saúde está associada a um conjunto de valores (vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento sustentável, participação e parceria), refere-se a uma combinação de estratégias que envolvem a ação do Estado (políticas públicas saudáveis), da comunidade (reforço da ação comunitária), de indivíduos (desenvolvimento de habilidades pessoais), do sistema de saúde (reorientação do sistema de saúde) e de parcerias interinstitucionais, trabalhando com a noção de responsabilização múltipla, seja pelos problemas, seja pela solução propostas para os mesmos” (BUSS, 2003 apud. TEIXEIRA, 2004, p. 40).

É importante salientar que promoção da saúde não pode ser confundida com prevenção de doenças, e segundo DENTI (2000), isto é um dos problemas para que se consiga atingir todos os seres humanos por meio das ações básicas de saúde a fim de obter resultados satisfatórios.

Muitas vezes o problema de não alcançar a promoção da saúde está no processo da transmissão de todo um conjunto de valores relacionados à sua concepção. No caso deste trabalho, buscou-se verificar se as práticas corporais oferecidas pela UBS Vila Dalva cooperavam nesse processo na busca da promoção da saúde. Verifica-se pelas palavras da autora: “Visto sob o aspecto técnico, a promoção da saúde é o “procedimento” mais complexo que um técnico tem que executar e via de regra na realidade onde foram coletados estes dados, esta atividade é atribuída a quem tem “menos” qualificação que é o Agente Comunitário de Saúde.” (DENTI, 2000, p.705). Porém, outro cuidado a se tomar é não transmitir a culpa para os Agentes

Comunitários de Saúde, uma vez que não é unicamente deles a responsabilidade da promoção da saúde.

A saúde das pessoas, ou de um grupo, ou da comunidade depende do que o homem criou ou realizou, das suas ações, das políticas adotadas pelo governo, dentre muitos outros fatores. Dessa forma, a participação social é fundamental nesse processo e para isso é necessário que a população esteja em condições reais de conquistar seus objetivos, sua qualidade de vida (WESTPHAL, no prelo).

Esta qualidade de vida, assim como se afirma que saúde é decorrente do que o homem construiu, será diferente segundo as necessidades e aspirações da comunidade relacionada; assim é importante a discussão entre técnicos e população para saber qual seria a qualidade de vida buscada. Decidir como gostariam que fosse a cidade, o bairro onde moram, o local de trabalho, a escola onde seus filhos estudam, enfim, até nas práticas corporais a construção é fundamental.

Provavelmente o que faz a diferença para a promoção da saúde é a participação social, segundo SILVA e SOUSA (1999), pode aumentar a autonomia e o valor da liberdade para o indivíduo, capacitando-o a ser e a permanecer seu próprio senhor, e a sua principal função, por meios educativos, é capacitar os indivíduos para a vivência democrática. "Isso significa que a participação é o elemento constituinte por excelência da democracia (...)" (SILVA e SOUSA, 1999, p.18).

Para DEMO (1988), participação não é ausência, superação ou eliminação de poder, mas uma forma de conquista de poder, e por meio deles, de conquistar direitos. (DEMO, 1988; BÓGUS e WESTPHAL, no prelo).

"Importante ressaltar que a participação social encontra dispositivos que regulamentam no próprio Sistema Único de Saúde (SUS), principalmente no que se refere aos processos decisórios e ao controle social, como dispostos na Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Na perspectiva da promoção da saúde, a participação social também está colocada em bases de mobilização, onde a capacitação e o desenvolvimento de estratégias de ação visam articular a população para maior controle sobre sua saúde e suas condições de vida, tanto no campo individual como no coletivo, sem que isso ocorra em detrimento



da assistência de qualidade por parte das políticas e serviços de saúde.” (MARCONDES, 2004, p. 12).

Em busca da participação e pela conquista de poder, encontra-se o que se chamou de *empowerment*, ou em tradução usualmente do termo, empoderamento.

STOTZ e ARAUJO (2004) citando a autora Helena Restrepo, consultora em Promoção da Saúde da Colômbia, abordam quem é o alvo e por meio de que e de quem se dá o empoderamento. O alvo principal são os grupos dos excluídos socialmente, o que nem sempre quer dizer os pobres, ou seja, aqueles cidadãos esquecidos, sem nenhum poder para participar e decidir. Outros grupos a serem empoderados são: o dos trabalhadores da saúde, para que possam atuar melhor em promoção da saúde; o dos líderes políticos, religiosos e comunitários, para que desempenhem um melhor papel, sobretudo no melhoramento das condições de vida da população mais marginalizada. Entretanto, os agentes do empoderamento são os funcionários de diferentes setores do governo, líderes, trabalhadores da saúde pública, enfim, todos aqueles que podem criar espaços para a participação e crescimento dos grupos e das pessoas.

Falar de empoderamento equivale a sugerir que há grupos que estão à margem do poder e que precisam de apoio para “empoderar-se”. Refere-se à posições relativas ao poder formal e informal desfrutado por diferentes grupos socioeconômicos, e às conseqüências dos grandes desequilíbrios na distribuição do poder. Empoderar é buscar intervir nestes desequilíbrios. (OAKLEY e CLAYTON, 2003)

“A Política Nacional de Promoção da Saúde aponta para a explicitação de mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade, defendam radicalmente a equidade e incorporem a participação e o controle social na gestão das políticas públicas. Define ainda a importante interface com a Atenção Básica e a Estratégia Saúde da Família, lócus de execução dessas diretrizes. Assim, a nova Política Nacional de Promoção da Saúde prioriza para o biênio 2006/2007 ações voltadas para a divulgação e implementação dessa Política. Neste contexto estão: Alimentação saudável; Prática corporal/atividade física; Prevenção e controle do tabagismo; Redução da morbi-mortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas; Redução da morbi-

mortalidade por acidente de trânsito; Prevenção da violência e estímulo à cultura de paz; e Promoção do desenvolvimento sustentável" (BRASIL, 2006).

"Por este motivo é que a promoção da saúde não pode ser uma prioridade somente da equipe de Programa de Saúde da Família. Esta deve atuar juntamente com uma política global de saúde, que contemple o conceito ampliado de saúde, e que os gestores tenham sobriedade suficiente para compreender que atitudes isoladas não surtem efeito nesta área. Promoção da saúde pode, em alguns aspectos, não oferecer um resultado imediato como os encontrados no modelo clínico e individual, porém, seguramente os resultados serão mais duradouros e com custos bastante reduzidos." (DENTI, 2000, p.705).

## **1.2 - Sistema Único de Saúde**

A luta pela construção de um sistema de saúde, universal, acessível e de qualidade, culminou com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela constituição de 1988; dessa forma, os programas mais recentes do Ministério da Saúde brasileiro têm propostas ligadas à idéia da atenção primária e promoção da saúde, com políticas de atendimento integral, enfatizam a promoção, sem descuidar da assistência.

A implantação das Normas Operacionais Básicas do SUS - NOB-SUS 91, em especial das NOB-SUS 93 e 96 - além de promover uma integração de ações entre as três esferas de governo, desencadeou um processo de descentralização intenso; transferiu para os estados, e principalmente para os municípios, um conjunto de responsabilidades e recursos para a operacionalização do Sistema Único de Saúde, antes concentradas em nível federal (BRASIL, 1996).

A partir da implantação do Piso de Atenção Básica, iniciou-se um importante processo de ampliação do acesso à atenção básica. A estratégia da Saúde da Família encontra-se em expansão e, cada vez mais, consolida-se como eixo estruturante para a organização da atenção à saúde (NORMA OPERACIONAL DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE/SUS – NOAS-SUS 01/2001) (BRASIL, 2001b).

**A Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001 que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica, define o processo de regionalização da assistência; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios.**

**O Plano Diretor de Regionalização, no tocante à assistência, deverá ser elaborado na perspectiva de garantir o acesso aos cidadãos, o mais próximo possível de sua residência, a um conjunto de ações e serviços vinculados às responsabilidades mínimas, tais como:**

- "- assistência pré-natal, parto e puerpério;**
- acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil;**
- cobertura universal do esquema preconizado pelo Programa Nacional de Imunizações, para todas as faixas etárias;**
- ações de promoção da saúde e prevenção de doenças;**
- tratamento das intercorrências mais comuns na infância;**
- atendimento de afecções agudas de maior incidência;**
- acompanhamento de pessoas com doenças crônicas de alta prevalência;**
- tratamento clínico e cirúrgico de casos de pequenas urgências ambulatoriais;**
- tratamento dos distúrbios mentais e psicossociais mais frequentes;**
- controle das doenças bucais mais comuns;**
- suprimento / dispensação dos medicamentos da Farmácia Básica."**

**Para ampliação do acesso e da qualidade da atenção básica, instituiu-se a Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada (GPABA) e para que se tenha essa habilitação é necessária atuação estratégica mínimas como: o controle da tuberculose, a eliminação da hanseníase, o controle da hipertensão arterial, o controle do diabetes mellitus, a saúde da criança, a saúde da mulher e a saúde bucal.**

**Em momento algum a atividade física ou as práticas corporais são citadas na Norma Operacional da Assistência à Saúde. Entretanto, pode ter seu espaço assegurado quando trabalha-se com a idéia de promoção da saúde visando qualidade de vida e também na prevenção de doenças como**

hipertensão e diabetes melittus tipo II encontrado no anexo 1 da NOAS-SUS 01/2001.

Em 2006, o Ministério da Saúde lança a série *Pactos Para a Saúde*, na intenção de detalhar as diferentes dimensões do Pacto, firmado entre os gestores do SUS, em suas três dimensões: pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Esse Pacto apresenta mudanças significativas para a execução do SUS, dentre as quais são ressaltadas: a substituição do atual processo de habilitação pela adesão solidária aos Termos de Compromisso de Gestão; a Regionalização solidária e cooperativa como eixo estruturante do processo de Descentralização; a Integração das várias formas de repasse dos recursos federais; e a Unificação dos vários pactos hoje existentes (BRASIL, 2006).

Já no primeiro volume da série encontra-se a disposição de elaborar e implementar uma Política de Promoção da Saúde, enfatizando mudanças comportamentais com relação a interiorização da responsabilidade individual da prática de atividade física regular, alimentação adequada e saudável e combate ao tabagismo. Outro item importante é o de articular e promover os diversos programas de promoção de atividade física já existentes e apoiar a criação de outros (BRASIL, 2006a).

No sétimo volume da mesma série, encontram a publicação da Política Nacional de Promoção da Saúde, que tem o propósito de ratificar o compromisso da atual gestão do Ministério da Saúde na ampliação e qualificação das ações de promoção da saúde nos serviços e na gestão do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2006b).

É neste sétimo volume que as atividades físicas e práticas corporais são citadas explicitamente como parte das ações estabelecidas pelo Pacto e estão organizadas em quatro subitens:

- I – Ações na rede básica de saúde e na comunidade;
- II – Ações de aconselhamento/divulgação;
- III – Ações de intersetorialidade e mobilização de parceiros;
- IV – Ações de monitoramento e avaliação.

Enfim, mapear, apoiar, inserir, ofertar práticas corporais/atividades físicas na atenção básica e capacitar os trabalhadores de saúde com esses conteúdos são algumas das ações estabelecidas pelo Pacto. (BRASIL, 2006b).

Essas diretrizes vem ao encontro das propostas do Ato Portaria Nº 1065/GM de 4 de julho de 2005, que o Ministério de Estado da Saúde estabeleceria os Núcleos de Atenção Integral na Saúde da Família, com a finalidade de ampliar a integralidade e a resolubilidade da atenção à saúde e estabeleceria que os Núcleos de Atenção Integral na Saúde da Família fossem constituídos por quatro modalidades de ação em saúde: Alimentação/nutrição e atividade física; atividade física; saúde mental; reabilitação. Para que fosse tomada essa decisão foram considerados vários aspectos, como:

“... a Saúde da Família como a estratégia para a organização do SUS a partir da Atenção Básica em Saúde;

... as ações de Atenção Básica em saúde devem ser desenvolvidas por todos os municípios como um componente essencial para a garantia de acesso a serviços de saúde de qualidade;

... a necessidade da Integralidade e da resolubilidade de atenção em saúde, nas ações de promoção, prevenção, assistência e reabilitação;

... como áreas **imprescindíveis** para a efetivação do cuidado integral em saúde: **Alimentação e Nutrição, Atividade Física e Práticas Corporais, Saúde Mental, Serviço Social e Reabilitação** (grifo nosso);

... a importância do estímulo a modos de viver não-sedentários, tendo em vista que o risco de doenças cardiovasculares e os agravos em decorrência da hipertensão arterial e diabetes mellitus estão relacionados, dentre outros fatores, com o não envolvimento em quaisquer práticas corporais”;

Entretanto, entende-se que o Ato Portaria Nº 1065/GM de 4 de julho de 2005 não foi adiante conforme documento de moção do I Fórum Nacional de Psicologia e Saúde Pública, que solicita aos profissionais de saúde o desenvolvimento de todos os esforços para o Ministério da Saúde reeditar a referida portaria, a qual foi editada e suspensa pelo governo sem justificativas (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2006), mas a sua discussão e elaboração já apontam para ações intersetoriais na busca da saúde na atenção básica com a finalidade de ampliar a integralidade e a resolubilidade da atenção à saúde

### **1.3 - Programa de Saúde da Família**

Na intenção de garantir o direito de assistência à saúde para todos, muitas ações foram conquistadas durante muitos anos. Uma delas merece destaque: O Programa Saúde da Família (PSF), criado em 1994, pelo Ministério da Saúde (MS), com o propósito de ser uma estratégia para modificar o modelo assistencial vigente centrado na doença. Tem como princípios a territorialidade, de vinculação com a população, de garantia de integralidade na atenção, de trabalho em equipe com enfoque multidisciplinar, de ênfase na promoção da saúde com fortalecimento das ações intersetoriais e de estímulo à participação da comunidade. Um novo modelo de saúde vem se delineando e tem como foco principal a atenção à família, considerando o meio ambiente, o estilo de vida e a promoção da saúde com os seus fundamentos básicos (SHIMIZU et al., 2004).

O Programa de Saúde da família foi eleito como uma estratégia governamental, para constituir em uma resposta por parte o governo à crise vivenciada no setor saúde. É estabelecida como porta de entrada do sistema de saúde e suas ações acompanham as características de saúde propostas por Alma-Ata (1978).

O principal propósito do Programa Saúde da Família (PSF) é reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto da família e com isso melhorar a qualidade de vida da população. A estratégia do PSF prioriza as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua. O atendimento é prestado na unidade básica de saúde ou no domicílio, pelos profissionais (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde) que compõem as equipes de Saúde da Família. Assim, esses profissionais e a população acompanhada criam vínculos de coresponsabilidade, o que facilita a identificação e o atendimento aos problemas de saúde da comunidade (BRASIL). Busca ser um modelo assistencial focado no usuário, com a proposta de trabalho multidisciplinar e propósito da vigilância à saúde (DENTI, 2000).

“A estratégia preconizada pelo programa “(...) visa a reversão do modelo assistencial vigente, sendo alcançados seus objetivos através da mudança do

objeto de atenção, forma de atuação e organização geral dos serviços, reorganizando a prática assistencial em novas bases e critérios" (Brasil, 1997). Este novo modelo elege a família como o principal objeto de atenção, entendida a partir do ambiente onde vive." (BRASIL, 1997 apud DENTI, 2000, p.701). Entretanto, segundo a autora, na prática muito pouco está relacionado à família. As atividades diárias não estão voltadas para um real trabalho com as famílias. Na realidade vivida, as atividades da equipe de saúde são uma mescla de ações curativas, preventivas e de promoção da saúde, sendo estas últimas, atribuídas aos Agentes comunitários de Saúde. "Neste programa, a família não passa de um rótulo embutido dentro do programa, revestido de normas e diretrizes programáticas." (DENTI, 2000, p. 709).

Se a população procura outras formas para obter saúde, e também mais onerosas, é porque o serviço de saúde público não mostrou credibilidade e segurança para o usuário. Quando se quer tratar de pessoas, famílias ou comunidades, fora de uma instituição de saúde, deve-se esquecer o tecnicismo, falar uma linguagem adequada e acessível a todos, conhecer os fatores que unem e causam desarmonia na comunidade, dividir a responsabilidade com a comunidade na organização e prioridades na execução das atividades diárias, e por fim, não esperar que a comunidade atue como "veterana" neste estágio de desenvolvimento. Não se pode exigir da sociedade aquilo que lhe foi negado durante tanto tempo (DENTI, 2000).

Essa falta de credibilidade do usuário referente ao serviço de saúde poderá ser observada nas falas dos entrevistados no trabalho de campo relacionadas às práticas corporais oferecidas pela UBS, como do entrevistado NP6 na página 64 do quarto capítulo.

#### **1.4 - Atuando na Atenção Básica**

O conceito de atenção básica anteriormente mencionada vem de 1998, no processo de implantação do SUS, com a aprovação da Portaria nº. 3925 (Manual de Organização da Atenção Básica do SUS), contendo uma orientação geral aos gestores municipais sobre o conteúdo e a organização das ações de atenção básica, definida como "um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de

saúde, voltada para a promoção, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação” (BRASIL, 1998).

PUCCINI (2005) ressalta que a idéia de Atenção Básica é oriunda da Atenção Primária. A Atenção Primária, conforme definida na Conferência de Alma-Ata em 1978 e confirmada pela Assembléia Mundial de Saúde em reunião subsequente em maio de 1979 é: *“Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tomados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo com que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integrante tanto do sistema nacional de saúde, no que constitui a função central e o núcleo principal, como do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do lugar onde as pessoas residem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde.”* (STARFIELD 2002, p.30-31citando WHO, 1978).

STARFIELD (2002, p.27) tendo como referência a atenção primária, afirma: “para que a atenção primária otimize a saúde, ela deve focar a saúde das pessoas na constelação dos outros determinantes de saúde, ou seja, no meio social e físico no qual as pessoas vivem e trabalham, em vez de focar apenas sua enfermidade individual.”.

Embora a Educação Física seja marcada pelo viés biológico, a contribuição das Ciências Humanas e Sociais permite ampliar o campo de pesquisa e intervenção do profissional desta área. Nesse sentido, é importante criar vínculos mais fortes entre a Educação Física e os serviços de saúde, seja na elaboração de conteúdos e programas visando a promoção e a educação para a saúde, seja na formulação e gestão de políticas públicas de saúde, ou no preparo dos profissionais em Educação Física para atuarem no serviço de saúde.

A proposta das práticas corporais na atenção básica se baseia como propostas de promoção da saúde, independentemente se são práticas corporais mais recorrentes como caminhada, alongamentos, e outras, ou se



são práticas corporais vinculadas à Medicina Tradicional Chinesa, desenvolvidas em muitas UBS no município de São Paulo. Essas práticas corporais ao serem incorporadas no Programa de Saúde da Família por exemplo, poderiam ampliar o alcance que o PSF já possui, uma vez que admitem um conceito ampliado de saúde e focam seus esforços na família e não na doença, proporcionando boas condições para o processo de promoção da saúde.

A Coordenadoria de Saúde da região Centro-Oeste da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, por meio das Unidades Básicas de Saúde (UBS), oferecem orientação e atividades físicas como integrante da sua programação na sua área de abrangência, demandam aprimoramento dessas ações e expansão para um número maior de usuários. Cada unidade básica de saúde vem definir os conteúdos e as dinâmicas relativas às práticas corporais; até o momento da pesquisa de campo, não havia uma avaliação desse trabalho, ou seja, o número de pessoas participantes, aquelas que participaram e já não o faziam, os motivos do afastamento, os benefícios trazidos, se foi possível alcançar os objetivos estabelecidos, enfim, indicadores que apontassem para os benefícios de sua existência e permanência.

Em pesquisa realizada pela Faculdade de Saúde Pública da USP, pelo Grupo de Pesquisa "Educação Física e Saúde Coletiva" da Escola de Educação Física e Esporte da USP e pela Coordenadoria de Saúde Centro-Oeste – Supervisão Técnica do Butantã<sup>1</sup>, que levantou dados sobre as práticas corporais desenvolvidas nas UBS junto aos gerentes e profissionais que promovem as práticas, objetivando desenvolver futuros projetos de capacitação com relação ao desenvolvimento e planejamento de práticas corporais no âmbito da saúde. Esse levantamento concerne às práticas corporais nas 13 UBS da região, envolvendo a observação de cada uma dessas práticas e entrevistas com os gerentes das Unidades Básicas de Saúde que promovem práticas corporais e também com aqueles cuja unidade, por vários motivos, não oferecem esse serviço. Os profissionais que desenvolvem as práticas também foram entrevistados: agentes de saúde, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais ou até o cidadão voluntário.

No período das entrevistas eram oferecidas aproximadamente 30 atividades correspondentes às práticas corporais entre as 13 Unidades Básicas

<sup>1</sup> Projeto de Pesquisa: *Avaliação das Práticas Corporais na Região do Butantã*. Universidade de São Paulo - Faculdade de Saúde Pública, Grupo de Pesquisa "Educação Física e Saúde Coletiva" da Escola de Educação Física e Esporte a USP e Prefeitura do Município de São Paulo - Secretaria Municipal de Saúde / 24  
Coordenadoria Regional de Saúde Centro Oeste, 2005.

de Saúde, formadas por práticas tradicionais chinesas, caminhadas e exercícios de alongamento. As atividades promovidas com maior frequência nessas UBS eram o Tai-Ch'i-Pai Lin, Lian Gong e caminhadas (MARTINS et al, 2006).

Essas informações trouxeram a visão dos profissionais de saúde responsáveis pelas práticas e dos gerentes das unidades sobre as práticas corporais oferecidas, porém, faltavam as informações e impressões dos usuários das UBS para que a análise pudesse ser mais completa.

### **1.5 - Práticas Corporais nas UBS**

Atualmente, a prefeitura da cidade de São Paulo, através do Projeto de Implantação da Medicina Tradicional Chinesa (MTC), como práticas inovadoras de promoção da saúde, estimula a realização de Práticas relacionadas à Medicina Tradicional Chinesa como Tai Ch'i – Chuan, Tai-Ch'i Pai Lin, Lian Gong, Ch'i Gong, Lien Ch'i e Tui-Na. Muitas dessas práticas foram iniciadas na gestão da prefeita de São Paulo, Luíza Erundina, no período de 1988 a 1992. Entretanto, é no início de 2001, que a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo dá início ao desenvolvimento de ações no sentido de implantar práticas da Medicina Tradicional Chinesa em sua rede de unidades básicas de saúde (TELESI JUNIOR e col. s/d).

A justificativa apresentada é que "... a Medicina Tradicional Chinesa desperta a cidadania na medida em que leva a pessoa a ampliar a consciência de si mesma, e de sua relação com o meio, e de que ela também é responsável pela sua saúde. Esse processo poderia também ser desenvolvido em escala coletiva e em nível populacional." (TELESI JUNIOR e col., p. 11).

Faz-se necessário esclarecer que, embora as práticas relacionadas à MTC sejam denominadas de práticas corporais, o conceito sobre práticas corporais que será apresentado no próximo item, difere do que vem sendo oferecido nas UBS. Ou seja, as práticas corporais relacionadas à MTC estão sendo desenvolvidas muito mais como uma atividade física programada e regular como as encontradas em locais como clubes, academias e outros espaços.

Essa articulação dos saberes ocidental e oriental é mais uma alternativa para que se alcance a qualidade de vida por meio da promoção da saúde. Porém, para BYDLOWSKI, WESTPHAL e PEREIRA (2004) as propostas e políticas para a Promoção da Saúde ainda não são realidade. Não têm sido colocadas em prática. Para que isso aconteça é necessário: "... assumir o processo da Promoção da Saúde como uma mudança de enfoque, conceitos e formas de atuar, com o intuito de vencer a fragmentação e a hiperespecialização hoje existentes no mundo ocidental...". Abordam ainda que "... a cultura científica ainda permanece distante das humanidades, e minimizar essa distância para que elas caminhem na mesma direção, contestando e rompendo barreiras, progredindo para a sustentabilidade planetária, deve ser o propósito da sociedade" (BYDLOWSKI e col., 2004, p.18).

A sociedade brasileira, cuja história é marcada por atitudes repressivas quanto a busca de seus interesses, ainda não conquistou as transformações acima para que as propostas de promoção da saúde se desenvolvam e tragam resultados, pensando na sociedade como um todo, em visão macro, sem negar em momento algum, atitudes de expressivo valor e coragem, como o movimento sanitário no Brasil.

#### **1.6 - Atividade Física, Exercício Físico e Prática Corporal - Concepções distintas do que parece ser igual**

Neste momento se faz necessário explicitar algumas concepções que parecem ter o mesmo significado no senso comum. Será abordado o conceito de atividade física e exercício físico, entretanto o que mostra ser mais relevante para o momento é a discussão do que se chamou de Práticas Corporais.

A atividade física é definida por CASPERSEN (1989), como qualquer movimento voluntário promovido pela musculatura esquelética que requeira gasto energético, ou seja, qualquer atividade motora como caminhar, subir escadas, atividades de lazer e atividades relacionadas com a ocupação profissional. Já o exercício físico é definido como uma atividade física estruturada que envolve regularidade e um planejamento, buscando uma boa aptidão física. Também pode-se caracterizar o exercício como uma atividade com duração, intensidade e frequência estabelecidas.

O conceito de atividade física baseia-se na física newtoniana, como sinônimo de gasto de energia e está diretamente associada à idéia de queima de calorias (CARVALHO, 2006). Nesta relação inversa entre atividade física e as doenças crônicas não-transmissíveis, sobretudo as doenças coronarianas, preocupa-se quase que exclusivamente com a doença, não com suas causas e com o sujeito doente.

Entende-se o exercício físico como um subgrupo da atividade física, ou seja, são atividades físicas estruturadas e regulares voltadas a um objetivo, mesmo que esse não tenha partido diretamente do sujeito que irá se submeter ao treinamento. Neste caso a decisão do sujeito importa pouco já que o conhecimento científico é mais importante, tornando-se soberano na maioria das vezes

Pelo modelo das ciências biomédicas, que trabalham a partir de uma expectativa de corpo constituída por representações provenientes dos estudos biológicos e de sua linguagem específica (SILVA, 2001), e observando o discurso científico de algumas instituições, assim como no interior dos documentos e intervenções institucionais, observa-se "... uma redução da compreensão de cultura e dos fenômenos da cultura que se expressam prioritariamente por meio do movimento, considerando-os apenas em termos de exercício ou atividade física" (SILVA, 2001, p.91). Isso indica aos profissionais e a toda sociedade uma desconsideração por outras dimensões do corpo e do movimento humano (SILVA, 2001). Nesta concepção reducionista no trato com o corpo, prevalece a perspectiva pragmática da técnica e não a dos sujeitos que a colocam em ação, e ainda segundo SILVA (2001), isso contribui com a redução das condições para o exercício da autonomia.

CARVALHO (2006) trata o conceito das práticas corporais como expressão das diversas formas do ser humano se manifestar por meio de seu corpo. Parte do ser humano em movimento, que estuda e considera seus gestos, sua maneira de se expressar corporalmente, levando sempre consigo sua história, valores, princípios e sentidos ao conteúdo e à intervenção.

Sejam ocidentais (caminhadas, ginásticas, modalidades esportivas, e outras) ou orientais (Tai Chi Chuan, Chi Gong, Lian Gong, e outras), as práticas corporais manifestam as várias formas do ser humano se expressar

pois fazem parte do seu cotidiano, fazem sentido em sua vida, fazem parte da sua história como povo, suas lendas e crenças. Não é apenas para o corpo, mas para a pessoa, para o grupo. Não é para o corpo, mas pelo corpo vivo.

As práticas corporais são observadas pelas ciências humanas e sociais, sem desconsiderar as ciências biológicas e naturais. A observação busca compreender o sentido e o significado da prática, procurando estabelecer estreito diálogo entre outras áreas do conhecimento, numa perspectiva interdisciplinar e intersetorial.

Nas práticas corporais é levada em consideração toda a subjetividade do indivíduo. Ele é reconhecido integralmente e não somente suas condições biológicas e de aptidão física. Isto pode, de certa maneira, trazer aflições, medos, superações, paixões, descobertas de si e dos outros que escolheram estar ali no ambiente onde as práticas são desenvolvidas.

Esses acontecimentos podem contribuir para a transformação da comunidade? Uma suposição é que, "desarmadas" das máscaras do cotidiano em que não são mais aceitáveis as fraquezas, os erros, as pessoas voltassem a (re)viver emoções, desacelerar o ritmo de vida e prestar atenção em si e no outro, tocar, tocar-se, ser tocado. Não é a busca competitiva pelo esporte de auto-nível, mas também não é negar a competição sadia, porque na competição, individual ou coletiva, pode se encontrar crescimento e desenvolvimento como grupo. Porém, nas práticas cuja competição e cooperação andam juntas, em que o coletivo é importante, o subjugar, o destruir, ou o não se importar pelo próximo, é considerado uma atitude estranha e porque não dizer, repulsiva.

### **1.7 - Práticas Corporais, a melhor estratégia de atuação?**

Seriam as práticas corporais a melhor estratégia de atuação na atenção básica como atuação de educação física?

No Brasil e em muitas partes do mundo, predomina a visão do modelo biomédico de atenção à saúde (BYDLOWSKI et al., 2004).

O Programa de Saúde da Família presente nas Unidades Básicas de Saúde tem como um de seus objetivos focar a atenção no usuário e não mais na doença, a fim de potencializar os recursos humanos e sociais para que o ser

humano possa desenvolver o seu potencial de saúde e, por conseguinte, de vida.

DENTI (2000), citando Almeida (1995), enfatiza a importância do envolvimento comunitário, que propicia o desenvolvimento de habilidades pessoais, extremamente necessárias não só para a atenção à saúde, mas também para o gozo pleno da cidadania.

A mesma autora ainda faz uma explanação importante com relação ao trabalho da equipe de saúde. Diz que este trabalho deve proporcionar discussões e reflexões, para tornar os indivíduos mais conscientes, "(...) proporcionando uma melhor compreensão do processo saúde/doença e distúrbios sociais. A partir deste discernimento, o indivíduo tem condições suficientes para pedir ajuda e tem capacidade para definir a saúde ou a doença no seio da família." (DENTI, 2000, p.704).

Assim como a trajetória da saúde, a educação física tem sua atuação predominantemente nos aspectos biológicos, focados na doença. Entretanto, assim como o PSF busca mudar esse comportamento, as práticas corporais buscam atuar no indivíduo, de forma coletiva e participativa. Seguindo esse raciocínio é razoável pensar em uma melhor combinação entre o PSF e as práticas corporais, do que aquela vista entre as atividades físicas e os objetivos da atenção básica nas Unidades Básicas de Saúde. Para tanto, são necessárias mudanças na formação dos profissionais de Educação Física, assim como de outras também. "Para que haja essa transformação, são necessárias, também, alterações no conteúdo e na forma de ensino nas universidades que, ultimamente, tornam-se extremamente especializadas e tecnicistas, mais comprometidas com as necessidades das empresas e do mercado de trabalho do que com as da sociedade (Rinesi, 2001) e do ser humano." (BYDLOWSKI et al., 2004, p.21).

Um cuidado a ser tomado quanto dessa especialização e com as necessidades do mercado de trabalho, é o aparecimento da busca pela reserva de mercado por alguns grupos corporativistas. Não é esta ou aquela profissão que detêm a verdade obre determinado campo de atuação. Isso ainda é mais verdade quando se trata da promoção da saúde, cujo trabalho em equipe e multisetorial parece ser a melhor estratégia para alcançar a vida com qualidade para a população em geral.

## 1.8 - Era uma vez a educação física

Esta parte do trabalho não tem a intenção de discutir a epistemologia da educação física e tampouco sua importância como área de conhecimento e seu status científico, até mesmo porque, segundo BRACHT (2000), a definição dos contornos da denominação do campo, é fruto de uma disputa acadêmica e política. O que se pretende aqui é, através da historicidade da educação física no Brasil, traçar o encontro da educação física e da saúde pública no Brasil.

A educação física brasileira teve grande influência da cultura europeia, e nesta, a cultura das práticas de atividades motoras sistemáticas desenvolveu-se em duas correntes ideológicas: a ética judaico-cristã e a tradição greco-romana. A primeira está relacionada com a restrição dos exercícios físicos ao adestramento militar, determinada pela Igreja Católica, sobretudo na Idade Média. Neste período os movimentos circenses e seus artistas eram exceções. A corrida, saltos, acrobacias, e outras atividades que envolvem movimento, ocorriam espontaneamente na comunidade como resultado de atividades lúdicas, e não em exercícios físicos sistematizados (KOLYNIK FILHO, 1998). A segunda surge com o Renascimento, quando os ideais gregos concernentes à cultura do corpo começaram a exercer maior influência na Europa, "... dando origem a práticas orientadas para finalidades higienistas (como a ginástica calistênica, na Suécia), estéticas (como o balé clássico, na França) e pedagógicas (como a ginástica escolar, introduzida na Alemanha)." (KOLYNIK FILHO, 1998, p. 15). Assim tem início um conjunto de procedimentos sistematizados de propriedades motoras para diferentes finalidades.

Com o Renascimento ressurgem as preocupações com a sistematização das técnicas e habilidades motoras que já haviam feito parte da educação na Grécia. Dessa forma, a atividade motora volta a ser objeto de pensamento pedagógico, constituindo-se em *educação física* (KOLYNIK FILHO, 1998).

É também no segundo quartel do século XIX que a burguesia europeia já afirmava que a força física de uma nação interfere em sua prosperidade. O vigor físico dos trabalhadores passa a ser elemento para o avanço do capital (SOARES, 2004).

Ainda é SOARES quem afirma:

"O corpo dos indivíduos, como mais um instrumento da produção, passava a constituir uma preocupação da classe no poder. Tornava-se necessário nele investir. Todavia, esse investimento deveria ser limitado para que o corpo nunca pudesse ir além de um corpo de um "bom animal". Era preciso adestrá-lo, desenvolver-lhe o vigor físico desde cedo... discipliná-lo, enfim, para sua função na produção e reprodução do capital." (SOARES, 2004, p. 33).

Assim, diferentes instituições sociais contribuíram para esse processo de adestramento e disciplinarização da classe trabalhadora, e a Instituição Escolar foi uma delas, com suas políticas de saúde higienista. E é nesse ambiente da Instituição Escolar que o exercício físico foi construído por meio de conceitos médicos, associando a idéia de saúde extremamente ligada ao corpo biológico, corpo a-histórico, sem ter em conta as condições sociais que demarcadas no espaço que ocupará na produção, o corpo de um "bom animal" (SOARES, 2004).

### **1.9 - A educação física na escola – laboratório de intenções**

A preocupação neste item não é discutir a educação física escolar, mas sim a educação física na escola no decorrer dos anos. Verificando a história da inserção da educação física na escola e sua trajetória até os nossos dias, não parece ser equivocada a idéia que muitas vezes ela tenha sido uma espécie de laboratório para as políticas vigentes de alguns períodos políticos.

No Brasil, a educação física escolar acompanhou os interesses político-econômicos e a respectiva ideologia dominante. Higienismo, eugenismo, busca de homens fortes para o serviço militar ou para a mão de obra, participação esportiva relacionando as conquistas com o desenvolvimento do país, desfocar o interesse dos acontecimentos políticos são alguns exemplos dessa atuação.

O período de 1837 a 1969 fica conhecido como era da eugenia (preocupação com a melhoria da raça), do civismo e da saúde (KOLYNIK FILHO, 1998).

Pode-se dizer que tem início em 1837 quando o Colégio Pedro II, do Rio de Janeiro, incluiu aulas de ginástica em seu currículo. Em 1854 o ministro



Couto Ferraz incluiu a ginástica como matéria obrigatória no ensino primário e a dança no ensino secundário, e em 1882, Rui Barbosa, recomenda a inserção obrigatória da ginástica para ambos os sexos, tanto na escola primária como na formação de professores, mas é só a partir de 1930 que a educação física escolar passa a ter maior valorização por parte de educadores e políticos. (KOLYNIK FILHO, 1998). Neste período entre 1837 e 1930 a educação física, constituída da ginástica calistênica e do método alemão, na quase totalidade de instrutores militares, centrava-se em duas preocupações básicas: saúde e eugenia (KOLYNIK FILHO, 1998; CASTELLANI FILHO, 1994).

"Essas preocupações eram condicionadas pelo status político-econômico do Brasil, que havia se tornado politicamente independente de Portugal, mas precisava superar problemas econômicos e (no entender da classe política da época) raciais, visto que grande parte da população era constituída de negros, índios e mestiços. A questão da saúde tomara-se relevante com a valorização conquistada pela categoria dos médicos, no século XIX, a partir da Europa." (KOLYNIK FILHO, 1998 p.40).

A partir de 1930, na chamada Era Vargas, novos elementos são incorporados na educação física escolar, embora ainda influenciada pelo discurso médico-militar: o desenvolvimento da força de trabalho com o crescimento da produção industrial, e o cultivo de valores morais, em especial o civismo e o patriotismo. O período marcado entre 1930 e 1945 teve como metodologia predominante do ensino de educação física, o chamado método francês, que já tinha sido incorporado pelo exército brasileiro na década de 20 (KOLYNIK FILHO, 1998). Assim buscava-se homens fortes e aptos para o serviço militar e também para suprir a demanda de mão-de-obra para a nova política econômica.

Assim, é na junção de interesses político-econômicos, militares e educacionais (saúde e disciplina), que foi possível a obrigatoriedade da educação física nos currículos escolares, consolidada pela constituição de 1937 (KOLYNIK FILHO, 1998).

Após o golpe de 1964, a educação física entra na era conhecida como "era da segurança nacional" e do desporto. Neste período de continuidade da valorização do esporte como conteúdo educacional também é caracterizado pelo tecnicismo, pela perda da reflexão crítica e vigilância ideológica, tudo isso

a serviço de uma política econômica visando os interesses do capital internacional. A educação física no Brasil nesse período tinha basicamente três objetivos: a melhoria da aptidão física da população, o aumento da participação estudantil em práticas esportivas a fim de tirar o foco dos acontecimentos da época e tirar seu interesse pelas questões políticas, e o aprimoramento técnico dos desportistas para que pudessem representar bem o nome do Brasil em competições internacionais e assim levar a população ao engodo de que o país crescia da mesma forma que as vitórias conquistadas nas competições esportivas. Enfim, durante o período de 1969 a 1980, a educação física escolar apoiava-se no valor disciplinador educativo do esporte e buscava a aptidão física dos alunos e a iniciação esportiva (KOLYNIK FILHO, 1998).

No final dos anos 70 começaram a ser difundidos os resultados de pesquisa sobre aprendizagem motora ocorridas nos EUA, Alemanha e França. A partir de tais pesquisas tem início as práticas pedagógicas relacionadas ao domínio de habilidades motoras. Com a "abertura política" no início da década de 80, puderam ser organizados debates a respeito da educação física em suas dimensões políticas e ideológicas, "uma vez que não era mais proibido falar em política da educação." (KOLYNIK FILHO, 1998, p. 51). É ainda na década de 80 que começam a se formar os primeiros mestres em educação física e a partir disso tem início uma reflexão sobre o significado da educação física como elemento da educação e como área do conhecimento. É essa a chamada "crise a educação física", que pensava a mudança no fazer e no pensar dos profissionais da área (KOLYNIK FILHO, 1998).

Kolyniak Filho ainda afirma que nessa busca por um objeto de estudo para a educação física, trouxe consigo os valores individualistas e competitivos da sociedade em que foram gerados (EUA) (KOLYNIK FILHO, 1998).

Atualmente a educação física está situada em outros caminhos.

Alguns autores discutem a importância da aquisição e da manutenção de hábitos saudáveis para melhoria da qualidade, e que a prática regular de atividades físicas, alimentação, ausência de tabaco, momentos de sono, controle na ingestão de bebidas alcoólicas, momentos de lazer, controle emocional e de estresse são hábitos mais estreitamente ligados à qualidade de vida e à saúde (GUEDES e GRONDIN, 2002).

Assim, a idéia de que a saúde e qualidade de vida são conquistadas apenas com as mudanças dos hábitos de vida das pessoas, é transportada para dentro das instituições escolares, sobretudo nas aulas de educação física. A saúde sob o viés biológico é por muitos professores trabalhada na educação física escolar baseados em pesquisadores que desenvolvem essa linha de pensamento.

O período que compreende a década de 1980 até o presente momento, vive-se o processo histórico por mudanças globais. Com os governos de Margaret Thatcher, na Inglaterra, em 1979, e de Ronald Reagan em 1980, nos Estados Unidos, a política do bem-estar social, iniciada no período de pós-guerra, começa a desmoronar. Uma nova política econômica é colocada em prática, culminando com a despolarização política do planeta, tendo como símbolo a queda o muro de Berlim, e assim pondo em prática o processo de globalização econômica (NOGUEIRA e PALMA, 2003; SANTOS, 2005).

No mesmo período ocorre "... o desenvolvimento do Health Promotion Disease Prevention, nos Estados Unidos, sob forte inspiração nas mudanças comportamentais. Interessante ressaltar que os países em desenvolvimento, exceto em raras ocasiões, andou à margem desta política de bem-estar social." (NOGUEIRA e PALMA, 2003, p. 114).

A nova ordem econômica otimizadora da reestruturação produtiva devido ao avanço da automação, novas tecnologias, da microeletrônica, desencadeia drásticas transformações nas classes trabalhadoras como, redução de trabalhadores da indústria, aumento no setor de serviços, perda de direitos trabalhistas, emprego informal, exclusão dos mais jovens no mercado de trabalho, dentre outros (ANTUNES, 1995, citado por NOGUEIRA e PALMA, 2003, p. 114).

NOGUEIRA E PALMA (2003) ainda abordam que neste foco da globalização, as condições sociais são no mínimo opostas ao que sucedeu na época do chamado Esporte para Todos, na Europa, e que também são adversas a um ideal de adesão à exercitação física num sentido inclusivo, amplamente democratizado.

A possibilidade de adesão à exercitação física regular, ao lazer, implica em disponibilidade de renda e tempo, já que na era globalizada tempo é um recurso que tem muito valor por questões de produtividade. A renda foi

reduzida cada vez mais no plano individual, além de concentrada socialmente, gerou um problema bastante grave na realidade brasileira: a sua injusta distribuição.

Desta forma, momentos de lazer e atividade física passam a ter uma conotação utilitarista, ou seja, o investimento de tempo e renda precisam ser recompensados de alguma maneira.

As transformações ocorridas com relação ao trabalho também trouxeram consigo as chamadas "doenças da modernidade" e assim, mais uma vez, a educação física acaba, mais uma vez, tendo sua participação.

FRAGA (2006), citando Pitanga (2002), aborda que, o sedentarismo adquiriu feições próprias, ganhou visibilidade no cenário da promoção da saúde e isto foi chamado de "epidemiologia da atividade física". É em 1992 que a American Heart Association publicou um manifesto que relaciona a inatividade física como fator de risco para as doenças cardiovasculares. Em 2002, a Organização Mundial de Saúde (OMS) dedicava seu Dia Mundial da Saúde para "... chamar a atenção sobre os efeitos do sedentarismo no quadro geral dos fatores de risco relativos a doenças não-comunicáveis." (FRAGA, 2006, p. 21). É sobre estudos epidemiológicos e probabilidades estatísticas, que se aponta a falta da atividade física como um elemento danoso à saúde e é baseado nesses modelos de estudo que "... a promoção de atividade física firma suas bases conceituais e ganha terreno nas políticas de saúde pública. É sobre a morbidez do sedentário, portanto, que o estilo de vida ativo ganha relevo." (FRAGA, 2006, p. 21).

O comportamento sedentário dissemina movimentos ou programas de promoção em saúde que tomam a atividade física como elemento central: *"Active Living (Canadá), Active for Life (Inglaterra), Active Australia (Austrália), The Netherlands on the Move (Holanda), Fit for Life (Finlândia), Proesa (México), Muévete Bogotá (Colômbia) e Agita São Paulo."*, dentre outros, que vem desde o final a década de 1980 disseminando o texto da vida ativa (FRAGA, 2006, p. 21).

FRAGA ainda afirma que "nesta nova ordem mundial, na qual a lei de mercado é a baliza das relações sociais e a redução de gastos é um imperativo de governo, estatísticas sobre o custo do sedentarismo para os cofres públicos

tornam ainda mais atraentes esses programas de promoção da atividade física." (FRAGA, 2006, p. 21).

Em um mundo onde tempo é dinheiro e informação é a alma do negócio, é fundamental a clareza, a concisão e a fácil assimilação das propagandas de atividades físicas. (FRAGA, 2006). O autor ainda aborda que para esses programas de promoção de atividades físicas, é mais importante a população aderir a informação da relação inversa da atividade física e sedentarismo do que propriamente a adesão das práticas de exercícios físicos.

Enfim, embora propagado os benefícios da atividade física no processo de prevenção de doenças, Pollock e Wilmore (1993) apud NOGUEIRA e PALMA (2003), abordam a contradição desse tema. Afirmam que para comprovar diretamente o papel da atividade física na prevenção da doença coronariana e da hipertensão, seria necessária uma grande população de bebês selecionados ao acaso para participarem de um estilo de vida sedentário ou ativo por um período aproximado de 60 anos com observação detalhada.

Como no século XIX quando as pessoas habitantes de cortiços, separadas do processo "civilizatório", ainda assim contribuíam com a força de trabalho; a população atual vive a falta da acessibilidade à qualidade de vida. Aquelas se tornaram uma dupla ameaça para a burguesia, ou seja, pelas epidemias e pela organização operária (SOARES, 2004). As atuais parecem que tardam a abrir os olhos e se organizarem, e as "epidemias" de hoje não são transmissíveis, porém, podem afetar no aspecto econômico e produtivo. A educação higiênica de outrora parece ter se transformado na luta contra o sedentarismo atual. Investir no corpo do operário de antes, corpo visto como um instrumento da produção, era preocupação da classe no poder, assim como são os corpos dos trabalhadores de hoje. São corpos, numerosos, um meio em si.

Embora SOARES (2004) tenha alertado para os cuidados de não reproduzir atualmente as atuações da educação física do passado, parece que não ser possível. A educação física higienista disciplinadora retorna com outra aparência. A autora ainda indaga: "E perguntamos se os apelos da mídia às fórmulas frenéticas de "cuidar do corpo", hoje, não seria a nova roupagem de um higienismo e eugenismo pós-moderno?" (SOARES, 2004, p. 137).

**É nesta trajetória histórica que fica a questão da atuação da educação física da atenção básica sob a ótica da promoção da saúde. Verificar se as práticas corporais oferecidas suprem as necessidades da comunidade na visão da população, levantar quem são os que participam atualmente das práticas, descobrir quem são os que não participam e verificar se existe um motivo comum para essa situação e se isso poderia ser revertido, foram informações relevantes para a análise geral das práticas corporais na UBS, e que de certa forma pode ser transferida para outras unidades desta e de outras regiões.**

**Assim, este trabalho teve como objetivo, compreender qual é a visão dos usuários de uma Unidade Básica de Saúde, com Programa de Saúde da Família quanto às práticas corporais oferecidas, já que são atores no processo de promoção da saúde na comunidade e que, segundo os princípios da atenção básica, são co-responsáveis pela qualidade de vida do território em que estão estabelecidos.**

## **2 - OBJETIVOS**

### **2.1 - OBJETIVO GERAL**

Compreender a percepção dos usuários da Unidade Básica de Saúde "Vila Dalva" sobre as práticas corporais promovidas pela unidade sob a ótica da promoção da saúde.

### **2.2 - OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar as práticas corporais oferecidas pela Unidade Básica de Saúde (modalidades, características, cultura, horários, etc.);
- Identificar as aspirações dos usuários pensando em práticas corporais oferecidas pela Unidade Básica de Saúde;
- Identificar o tipo de relação que os usuários tiveram com as práticas corporais no decorrer de suas histórias de vida;
- Identificar os motivos de adesão e evasão das práticas corporais promovidas pela Unidade Básica de Saúde;
- Identificar a relação que o usuário faz entre saúde e práticas corporais;
- Verificar que alternativas os usuários consideram existir na região, concernente às práticas corporais, pensando numa maior participação nesses programas.

### **3 - CENÁRIO DE ESTUDO**

A Unidade Básica de Saúde Engenheiro Guilherme Henrique Pinto Coelho, conhecida como UBS "Vila Dalva", onde é desenvolvido o Programa Saúde da Família (PSF), tem aproximadamente 14 mil usuários cadastrados, sendo perto de mil o número de idosos. Desse total de inscritos, menos de 100 usuários participavam das práticas corporais desenvolvidas pela UBS no período de pesquisa. O Tai-Ch'i Pai Lin, Ch'i Gong e o Lian Gong são as práticas corporais de tradição chinesa desenvolvidas e já estabelecidas. A caminhada é outra prática desenvolvida na UBS "Vila Dalva". Ou seja, não se trata das práticas corporais inseridas pela MTC, mas das práticas corporais oferecidas pela UBS Vila Dalva. Projetos de modalidades esportivas mais conhecidas como o vôlei, já fizeram parte do cotidiano da unidade, mas permanece dependente da disponibilidade de voluntários para o desenvolvimento, o que não ocorre com as práticas tradicionais chinesas, uma vez que são os próprios servidores a receber treinamento e supervisão da prefeitura para desenvolverem os conteúdos nas unidades. No caso das caminhadas, não há um treinamento formal para aqueles que estão proporcionando a prática. É possível que a capacitação de agentes comunitários, funcionários e voluntários com relação às práticas corporais abra um leque maior de atividades para que as diferentes categorias de usuários possam se envolver e participar cada vez mais.

Optou-se pela Unidade Básica de Saúde **Engenheiro Guilherme Henrique Pinto Coelho**, conhecida como UBS "Vila Dalva" por haver nessa unidade práticas corporais implantadas desde o início da implementação dessas atividades pela Secretaria Municipal de Saúde, e que as profissionais que desenvolvem os conteúdos têm experiência com esse trabalho. Também porque nessa unidade é desenvolvida o Programa de Saúde da Família o que torna o trabalho mais próximo da comunidade, de suas carências e também de sua participação.

Outro motivo relevante é já haver certa aproximação do pesquisador com os agentes e profissionais de saúde, ocasionada pela pesquisa anterior realizada na unidade. Essa aproximação mínima decorre dos momentos em



que o pesquisador desenvolveu entrevistas com agentes, funcionários e gerente da UBS e também por ter realizado algumas observações das práticas corporais desenvolvidas. Nestas referidas ocasiões, em momento algum o pesquisador manteve contato com os usuários, a não ser no papel de observador, sendo assim, acredita-se que não houve interferência no resultado das informações obtidas das entrevistas realizadas, desta vez, com os usuários.

**Figura 1 - Subprefeituras na cidade de São Paulo**



Figura 2 - Subprefeitura do Butantã

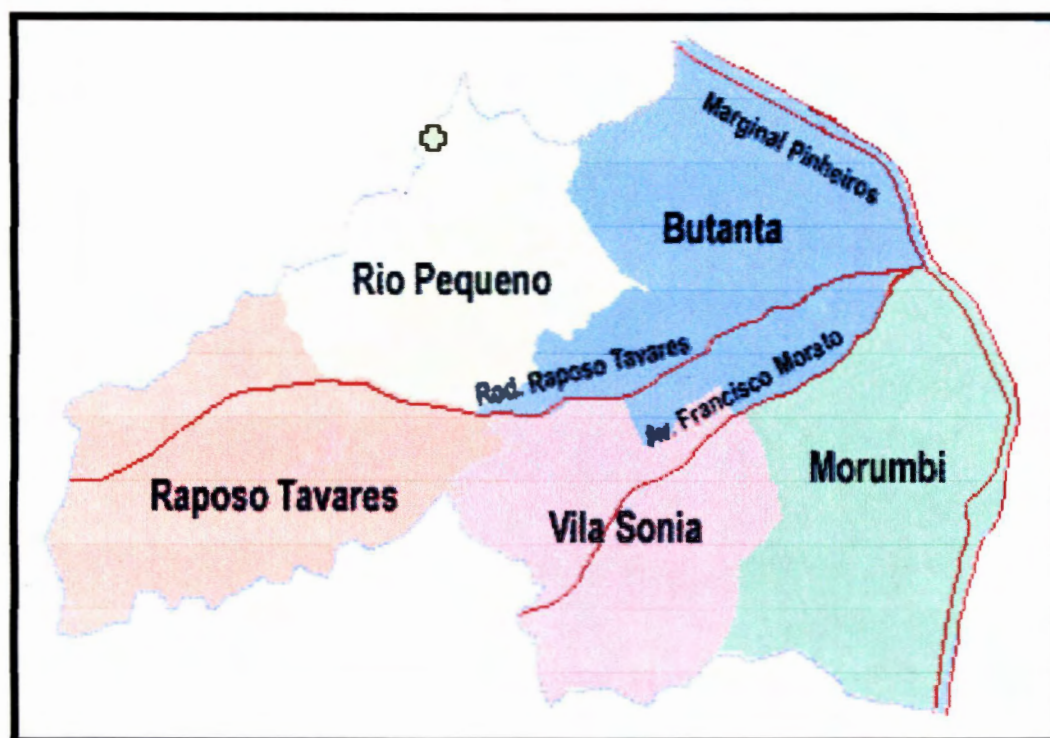
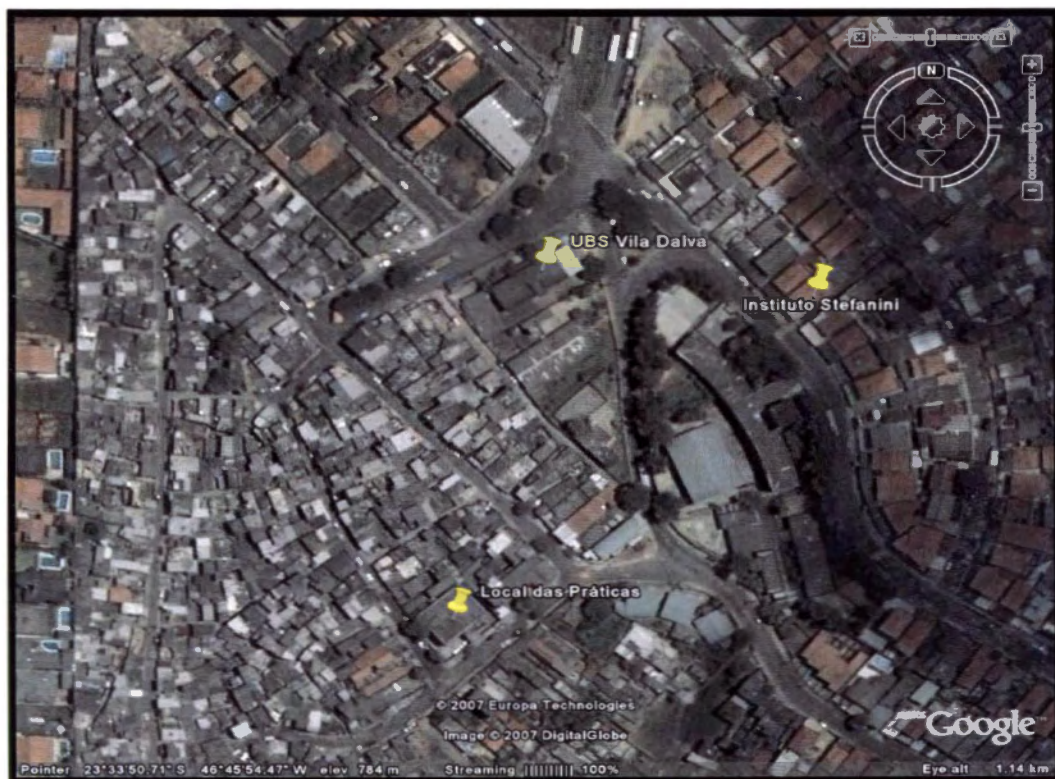


Figura 3 – localização da UBS Vila Dalva na região metropolitana de São Paulo



**Figura 4-** Vista aérea da localização da UBS Vila Dalva e locais das Práticas Corporais



**Figura 5 -** Vista aérea ampliada da região da Vila Dalva



**Figura 6** - Vista aérea da Vila Dalva mostrando locais das Práticas Corporais referente à Medicina Tradicional Chinesa e locais de caminhada.



## **4 - PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS**

*"A curiosidade e o empenho do pesquisador estão voltados para o processo, definido como ato de proceder do objeto, quais são seus estados e mudanças e, sobretudo, qual é a maneira pela qual o objeto opera" (TURATO, 2003, p.262).*

Para este estudo de cunho exploratório, optou-se pela abordagem qualitativa uma vez que aspectos intrínsecos, próprios do indivíduo, deveriam ser analisados. Segundo MINAYO, "ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis" (MINAYO, 1994a p.22).

Não está aqui se negando a abordagem quantitativa, e nem que essa se opõe a qualitativa, mas é mais uma vez que MINAYO (1993) sustenta que "a abordagem qualitativa permite a profundidade ou apreensão do mundo dos significados das ações e relações humanas, um lado não perceptível e não captável em equações, médias e estatísticas. Assim, os dados quantitativos e qualitativos não se opõem, ao contrário, se completam, pois a realidade por eles interage dinamicamente, excluindo qualquer dicotomia". (MINAYO, 1993).

Conforme MINAYO (1994), alguns cuidados devem ser tomados com o processo de amostragem, com a finalidade de refletir a totalidade em suas múltiplas dimensões:

- Privilegiar os sujeitos que detêm as informações e experiências que o pesquisador deseja conhecer;
- Considerar um número suficiente para a reincidência das informações;
- Escolher um conjunto de informantes que possibilite a apreensão de semelhanças e diferenças.

A grande vantagem da entrevista sobre outras técnicas é que ela permite a captação imediata e corrente da informação desejada, praticamente com qualquer tipo de entrevistado e sobre os mais variados tópicos (MARTINS e BÓGUS, 2004, p. 49).

Uma vez que a idéia de práticas corporais é discutida na linha das Ciências Humanas e Sociais, é importante para este estudo a discussão, a compreensão de dinâmicas, as relações entre os usuários da Unidade Básica de Saúde com as práticas corporais. Dessa maneira, interessava as informações obtidas das experiências e ações vividas no cotidiano, na linguagem, nas práticas.

Assim, para consolidar esta proposta, baseou-se em MINAYO (1992) "O objeto principal de discussão são as Metodologias de Pesquisa Qualitativa entendidas como aquelas capazes de incorporar a questão do Significado e da Intencionalidade como inerentes *aos atos, às relações, e às estruturas sociais*, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas" (MINAYO, 1992, p.10).

Por meio desse panorama buscou-se a compreensão do processo histórico desses usuários com as práticas corporais, ou seja, qual é a atitude deles frente a essas práticas e como foi construída.

MINAYO (1992), citando GRANGER (1967 p.107) ressalta a revalorização do qualitativo nas ciências sociais e segundo esse autor há um movimento em torno do aspecto "o vivido", isto é, "a experiência que é captada não como predicado de um objeto, mas como fluxo de cuja essência temos consciência em forma de lembranças: atitudes, motivações, valores e significados subjetivos".

Para que esse estudo tivesse contribuições significativas, pensou-se em estudar três categorias de usuários:

- os que fazem parte dos grupos de práticas corporais desenvolvidas e oferecidas pela UBS "Vila Dalva", determinando um tempo mínimo de 1 ano de participação, já que a média de aderência dos frequentadores de academias é por volta de 6 meses. Esses atores podem contribuir com as inquietações do presente e narrar o histórico das atividades e do grupo; são aqueles que, por motivos vários, mantêm-se firmes nas práticas corporais oferecidas pela UBS. Este grupo recebeu o título de **Participantes**.

- os usuários que participaram dos programas de práticas corporais oferecidos pela UBS por mais de 1 ano e que, atualmente, se encontram afastados por um período igual ou superior a 3 meses, assim seria um caminho

para descobrir razões que possam ratificar as ações de políticas públicas referentes à promoção da saúde por meio das práticas corporais atuais. Entretanto esse grupo não foi estudado, uma vez que não foi possível levantar os nomes ou possíveis endereços para entrar em contato com esses usuários. Até o momento em que foi realizado este levantamento, não havia um cadastro dos participantes e ex-participantes das práticas corporais oferecidas pela UBS, e a única maneira desta categoria ser reconhecida seria se, ao acaso, esses ex-participantes aparecessem no local ou na UBS para ser apontado pelas pessoas que ministraram as práticas.

- os usuários que nunca fizeram parte desses grupos. Também pode-se entender como não-participantes aqueles que experimentaram as atividades e não se adequaram a elas. Esses contribuíram com as informações pertinentes às barreiras que impedem o indivíduo de participar das práticas corporais oferecidas pela UBS, sejam elas de cunho religioso, físico, estrutural, ideológico, conceitual, enfim, qualquer que seja o motivo. Este grupo recebeu o título de ***Não-Participantes***.

Acreditou-se que, dessa maneira, as informações obtidas por esses atores sociais apontariam para o mais próximo da realidade ao que concerne prática corporal, Unidades Básicas de Saúde e Promoção da Saúde. MINAYO (1992) diz que é necessário: *...considerar que o objeto das ciências sociais é complexo, contraditório, inacabado, e em permanente transformação*. E também que *“... uma amostragem boa é aquela que possibilita abranger a totalidade do problema investigado em suas múltiplas dimensões”* (MINAYO, 1994b, citando MINAYO, 1992).

#### **4.1 - Escolha dos sujeitos**

A intenção principal era buscar usuários com visão crítica relacionada ao serviço oferecido pela UBS e para com a comunidade em que vive. Para essa amostra intencional solicitou-se a colaboração de agentes de saúde, profissionais de saúde e administração da UBS “Vila Dalva” no sentido de informar pessoas com tais requisitos.

Esse processo se deu por meio de algumas etapas iniciadas com encontros entre entrevistador, gerência e agentes comunitários de saúde

(ACS), a fim de esclarecer o projeto e a participação que os ACS teriam no processo de levantamento de possíveis usuários a serem entrevistados.

Em dois encontros foram esclarecidos os objetivos do projeto junto aos ACS, sanado as dúvidas e entregue a cada um deles uma série de fichários para que pudessem levantar os nomes e características dos usuários. Embora marcada uma data para a devolução dos questionários, poucos ACS cumpriram o planejado, o que retardou o processo de escolha de entrevistados. Vários foram os motivos para a não entrega dos questionários, porém todos justificados pelos ACS.

Cada ACS presente nos encontros ficou responsável de levantar no mínimo três nomes de usuários que não participavam das práticas corporais ou que já tenham participado anteriormente por um período superior a um ano, mas afastados por mais de três meses até a presente data da pesquisa inicial e também de usuários participantes dos grupos de caminhada, uma vez que esses grupos eram liderados pelos Agentes Comunitários de Saúde. No caso desse último grupo, era necessário que fossem usuários relacionados no levantamento realizado na semana típica<sup>2</sup>. Nesse levantamento era importante haver o nome do usuário, telefone ou outra forma de entrar em contato, idade e sexo.

Buscar usuários que tivessem certa clareza e posicionamento crítico com relação à comunidade, aos serviços oferecidos pela UBS e as práticas corporais oferecidas ficou claro neste processo para o grupo de ACS. Deveria haver também uma maior diversidade entre sexo, idade, e outras características de maneira que fosse possível alcançar um universo maior de informações.

No caso dos usuários participantes das práticas corporais o processo foi um pouco distinto já que foi preciso esperar o levantamento da semana típica que ocorreu no período de 18 a 22 de setembro de 2006. Após esse levantamento, relacionaram-se os possíveis entrevistados conforme idade, gênero, se havia informações com relação à condição laboral, ou seja, se estava ou não trabalhando. Esse processo também teve o objetivo de ter a maior diversidade possível entre os usuários, buscando maior riqueza de informações.

<sup>2</sup> O conceito e Semana Típica encontra-se na página 56, tópico 5.2.



Segue abaixo o modelo das fichas distribuídas durante a respectiva semana.

Nome _____	Idade _____
Sexo: masculino ( ) Feminino ( )	Trabalha? ( )sim ( ) não
Endereço _____	Telefone _____
_____	
Participante desde: _____	

#### 4.2 - Procedimentos para coleta

A técnica escolhida para o trabalho de campo foi a entrevista semi-estruturada. A entrevista porque "... é o procedimento mais usual no trabalho de campo. Através dela, o pesquisador busca obter informes contidos na fala dos atores sociais." (MINAYO 1994, p. 57).

"A grande vantagem da entrevista sobre outras técnicas é que ela permite a captação imediata e corrente da informação desejada, praticamente com qualquer tipo de entrevistado e sobre os mais variados tópicos, e se constitui numa relação humana; ao se tratar de relações humanas, não se pode desconsiderar a existência dos fenômenos psicológicos, que estão presentes em todas as relações" (MARTINS E BÓGUS, 2004, p. 49-50).

E a entrevista semi-estruturada porque "... é aquela que parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, que interessam à pesquisa e que, em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas do entrevistado". "Nas entrevistas abertas e semi-estruturadas, o entrevistador deve ter o cuidado de observar os aspectos não-verbais. Há toda uma gama de gestos, expressões, entonações, sinais não-verbais, hesitações, alterações de ritmo, enfim, toda uma comunicação não verbal cuja captação é muito

importante para a compreensão e a validação do que foi efetivamente dito". (MARTINS E BÓGUS, 2004, p. 50).

KAHN & CANNELL (1962) citados por MINAYO (1992 p. 108) oferecem a definição do que, para esses autores, denomina-se "entrevista de pesquisa":

"Conversa a dois, feita por iniciativa do entrevistador, destinada a fornecer informações pertinentes para um objeto de pesquisa, e entrada (pelo entrevistador) em temas igualmente pertinentes com vistas a este objetivo".

O objetivo é apreender o ponto de vista dos atores sociais e chegar ao cerne dos objetivos desse trabalho. É uma "conversa com finalidade". Procurou ser um facilitador de abertura, de ampliação e de aprofundamento da comunicação (MINAYO, 1992). O roteiro de pesquisa tem 14 questões para a categoria de participantes e, 12 questões para a categoria de não-participantes. Buscou-se um número de usuários para cada categoria de maneira a ser suficiente para permitir certa reincidência das informações, ou seja, não é o número o fator principal, mas as informações obtidas pelos atores sociais (MINAYO 1992). Essas informações têm natureza subjetiva, ou seja, são aquelas que se referem diretamente ao indivíduo entrevistado, isto é, suas atitudes, valores e opiniões. Foram realizadas 8 entrevistas com usuários participantes e 9 entrevistas com usuários não-participantes, totalizando 17 entrevistas.

"Todos os membros do mesmo grupo ou da mesma classe são produtos de condições objetivas idênticas. Daí a possibilidade de se exercer na análise da prática social, o efeito de universalização e de particularização, na medida em que eles se homogeneizem, distinguindo-se dos outros" (BOURDIEU, 1973) citado por (MINAYO, 1992, p. 111).

Como mencionado anteriormente, a entrevista utilizada para a obtenção dos dados pra esta pesquisa foi semi-estruturada, ou seja, que combina perguntas estruturadas e abertas, onde o entrevistado tem a possibilidade de discorrer o tema proposto, sem respostas ou condições prefixadas pelo pesquisador. (MINAYO, 1992 p.108).

As entrevistas realizadas pelo pesquisador foram gravadas e transcritas literalmente após o término das mesmas. Os roteiros de pesquisa (Anexos 2 e 3) são diferentes entre si por destinarem-se a categorias diferentes, sendo que as perguntas buscaram, numa primeira parte, um maior conhecimento da vida

do entrevistado referente aos dados pessoais e de sua relação com as práticas corporais. As outras questões nortearam a relação das práticas corporais oferecidas pela UBS e o usuário entrevistado.

O início da coleta de dados se deu após a aprovação do Projeto de Pesquisa pelo Comitê de Ética da Faculdade de Saúde Pública da USP e pelo Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo.

#### **4.2.1 - O processo de entrevistas**

Depois de identificados os possíveis entrevistados o pesquisador escolheu quais usuários seriam entrevistados partindo do pressuposto que é necessário obter informações dos mais diversos segmentos dentro das 3 categorias estabelecidas anteriormente. O próximo passo foi entrar em contato com eles, solicitando sua participação na pesquisa e entregando-lhes o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 3) para efetivação da pesquisa. O local para a entrevista foi combinado com o entrevistado, de maneira que ficasse o mais à vontade possível.

Para uma maior riqueza de informações era necessário que houvesse certa diversidade com relação aos usuários concernente à idade, sexo, situação escolar, ocupações profissionais se estavam empregados ou não, se buscaram as práticas por conta própria ou foram encaminhados por orientação médica, enfim, estabelecer certa diversidade de opiniões. Entretanto, como não existia uma avaliação sistematizada do trabalho com os diferentes grupos de práticas corporais por parte das UBS, não se dispunha de elementos tais como cadastro e frequências dos participantes, o que poderiam facilitar a escolha das pessoas a serem entrevistadas, ou mesmo critérios para participar das práticas, neste sentido as informações para escolha dos usuários participantes a serem entrevistados ficaram em níveis básicos de identificação como idade e sexo.

Portanto, como já mencionado anteriormente, os agentes de saúde e funcionários da UBS foram as pessoas a levantar os nomes dos usuários, mesmo que esse processo estivesse composto da subjetividade de cada Agente Comunitário de Saúde.

O contato com os usuários foi realizado pelo ACS em visita domiciliar de rotina e, em alguns casos, pelo contato direto do pesquisador e o usuário. O pesquisador procurou o usuário a ser entrevistado, pois sabia quais categorias ainda não haviam sido contempladas.

A grande maioria dos usuários não-participantes foi entrevistada em suas residências, um usuário em seu local de trabalho e o outro na UBS Vila Dalva. A maioria dos usuários participantes foram entrevistados no local das práticas corporais e poucos em suas residências. É importante ratificar que a escolha do local da entrevista, assim como o horário eram estabelecidos com prioridade do entrevistado.

Segundo MINAYO (1992 p. 124): "no caso da pesquisa qualitativa, ao contrário, o envolvimento do entrevistado com o entrevistador, em lugar de ser tomado como uma falha ou um risco comprometedor da objetividade é pensado como condição de aprofundamento de uma relação intersubjetiva. Assume-se que a inter-relação no ato da entrevista contempla o afetivo, o existencial, o contexto do dia-a-dia, as experiências, e a linguagem do senso comum, e é condição "sine qua non" do êxito da pesquisa qualitativa".

O processo de agendamento foi bastante trabalhoso e tumultuado já algumas vezes os usuários não compareciam às entrevistas, ou não estavam presentes em suas residências nas datas marcadas. Entretanto, com relação aos momentos das entrevistas propriamente ditos, geralmente era iniciado com certa reserva dos entrevistados, mas depois de poucos minutos e identificação com o teor das questões da entrevista se sentiam mais à vontade para responder. Em uma das entrevistas, o usuário não-participante que concedeu a entrevista no local de trabalho, depois de certo tempo de entrevista começou a ficar impaciente, pois alguns de seus clientes começaram a chegar com mais frequência e a entrevista tinha de ser interrompida. Um outro caso de uma usuária participante, que escolheu ser entrevistada no mesmo horário da prática, também se mostrou com certo desconforto quando percebeu que a prática estava por terminar e a entrevista ainda levaria certo tempo para seu término. Somente esses dois casos causaram um possível desconforto perceptível, mesmo assim, as informações colhidas não foram comprometidas, pelo contrário, foram muito bem aproveitadas.

Ainda nesse processo de entrevistas, buscando um ambiente agradável e de conversa com os entrevistados, fez-se questão de lugares onde se podia sentar confortavelmente, com sanitários próximos, com média de tempo pré-estabelecida e só ultrapassada com consentimento do entrevistado, uma vez que a própria situação de ter sua entrevista gravada em fita magnética pudesse causar uma situação desconfortável e não permitisse a captação imediata e corrente das informações desejadas.

### **4.3 - Análise dos dados**

O tratamento dos dados coletados se deu por análise temática do conteúdo das entrevistas (BARDIN, 1988).

As diferentes fases da análise do conteúdo, tal como o inquérito sociológico ou a experimentação, organizam-se em torno e três pólos cronológicos:

- pré-análise
- a exploração do material
- o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.

Segundo BARDIN, a pré-análise foi realizada por meio de leituras flutuantes das entrevistas a fim de levantar hipóteses das possíveis categorias a serem analisadas. Esse processo foi trabalhoso uma vez que foi necessário fazer várias leituras para interpretar e tirar as informações necessárias para análise do conteúdo. Esse processo de tomadas de decisões foi chamado de exploração do material. O tratamento dos resultados tem a intenção de transformar as informações brutas em resultados significativos e válidos (BARDIN, 1988).

“Tratar o material é codificá-lo. A codificação corresponde a uma transformação – efectuada segundo regras precisas – dos dados brutos do texto, transformação esta que, por recorde, agregação e enumeração, permite atingir uma representação do conteúdo, ou da sua expressão, susceptível de esclarecer o analista acerca das características do texto, que podem servir de índices...” (BARDIN, 1988, P.103).

Neste trabalho de codificação das entrevistas realizadas com os usuários da UBS Vila Dalva, o procedimento de análise organizou-se ao redor do processo de categorização.

"Classificar elementos em categorias, impõe a investigação do que cada um deles tem em comum com outros. O que vai permitir o seu agrupamento, é a parte comum existente entre eles. É possível, contudo, que outros critérios insistam noutros aspectos de analogia, talvez modificando consideravelmente a repartição anterior." (BARIN, 1988, p. 118)

"A categorização, é um processo de tipo estruturalista e comporta duas etapas:

*O Inventário*: isolar os elementos.

*A Classificação*: repartir os elementos, e portanto procurar ou impor uma certa organização às mensagens." (BARDIN, 1988, p. 118).

As categorias foram levantadas conforme elementos do conceito de Promoção da Saúde, como visto anteriormente no item 1.1(p.13) deste trabalho. Assim, as três categorias e seus subitens foram selecionados na intenção de posterior análise das práticas corporais oferecidas na UBS sob a ótica da Promoção da Saúde. As três categorias utilizadas foram: Acessibilidade, Medicalização e Participação Social.

## **5 - RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Neste capítulo se faz a discussão dos resultados em duas partes. A primeira compõe do levantamento dos dados e seus números, ou seja, números de usuários participantes, descrição dos usuários escolhidos para entrevista, separação entre gênero e faixa etária, e breve descrição das práticas corporais oferecidas pela UBS "Vila Dalva". Na segunda parte do capítulo levantaram-se três categorias a fim de analisar as entrevistas realizadas. A primeira categoria aborda o tema da acessibilidade, incluindo o fator econômico, o local das práticas, os horários oferecidos e suas limitações, o público alvo, ou seja, para quem está estruturada as práticas corporais, a divulgação das práticas oferecidas e de que maneira ela é realizada, a cultura da medicina tradicional chinesa incorporada por meio das práticas corporais. A segunda categoria abordará o tema da medicalização, ou seja, a visão das práticas corporais como remédio para doenças ou riscos, e a última categoria trata da participação social, porém no viés de verificar se as práticas corporais oferecidas estão contribuindo no processo de promoção da saúde uma vez que está sendo desenvolvida em uma Unidade Básica de Saúde sob o Programa de Saúde da Família. Será observado nesta categoria o desconhecimento dos diferentes grupos e programas por parte dos usuários e participantes, da falta da participação por meio de sugestões nas aulas ou mesmo nos programas, seja em horários, espaços ou práticas corporais, e por fim se ocorreu ou se foi percebido algum tipo de mudança na comunidade onde vivem as pessoas inseridas nas práticas corporais, seja física ou comportamental, em decorrência dessas práticas oferecidas ou de participação as pessoas nas atividades.

"Para analisar e interpretar dados qualitativos não há fórmulas; não há meios de replicar perfeitamente o processo analítico de pensamento do pesquisador; não há regras a não será de utilizar, da melhor forma, a capacidade intelectual, para representar fielmente os dados e comunicar o que eles revelam, segundo o propósito do estudo." (MARTINS E BÓGUS, 2004, p. 55).

"... a análise qualitativa depende, em ultima instância, da capacidade analítica e do estilo do pesquisador." (MARTINS E BÓGUS, 2004, p. 50).

## **5.1 - As práticas Corporais Oferecidas**

A Unidade Básica de Saúde "Engenheiro Guilherme Henrique Pinto" oferece as seguintes práticas em diferentes horários, lembrando que oferecer não é, necessariamente, sinônimo de assegurar.

**Tai Ch'i Pai Lin** - é o conjunto de práticas transmitidas pelo Mestre Liu Pai Lin, segundo transmissão recebida dos mestres taoístas, e é utilizado para a prevenção e a cura de doenças, restabelecendo a saúde e possibilitando a longevidade (TELESI JUNIOR, s/d).

**Lian Gong.** Técnica introduzida no Brasil no ano de 1987 e composta de 18 Terapias. É uma prática que une exercícios físicos à prevenção e terapia; está baseada na Medicina Tradicional Chinesa (principalmente na área do Tui-Na e Dão-In) e leva em consideração os conhecimentos da medicina ocidental (TELESI JUNIOR, s/d).

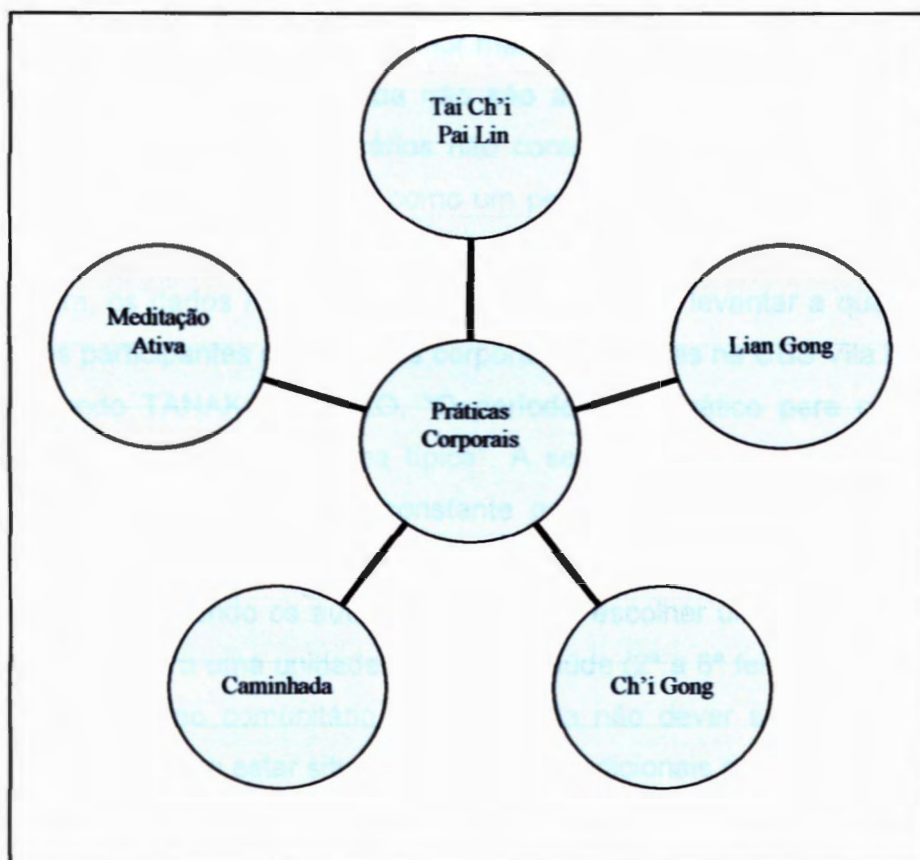
**Ch'i Gong.** Técnica de manipulação do Ch'i associado à "consciência" do Ser. Por meio do treino, podemos adquirir Ch'i ou "força" que amplia a capacidade mental (percepção, sensação e atitude) e outras capacidades (TELESI JUNIOR, s/d).

**Meditação Ativa.** Cientificamente projetadas para capacitar a expressar conscientemente e experienciar emoções e sentimentos reprimidos e aprender o jeito de observar nossos padrões habituais de uma nova maneira. As meditações ativas são valiosos instrumentos dentro dessa linha, trazendo inclusive técnicas que nos permitem a entrega a estados catárticos, os quais se constituem em excelentes instrumentos para liberação emocional, a fim de evitar o distanciamento com a energia de nossas próprias essências, e ativar assim a vitalidade e o prazer da manifestação (THE SELF-SUFFICIENT MEDITATOR).



**Caminhada** - Caminhar por tempo determinado pelo Agente Comunitário de Saúde pela região (ruas, avenidas, praças) estabelecida por cada equipe de saúde.

**Figura 7 – Práticas Corporais oferecidas pela UBS Vila Dalva.**



## **5.2 - Semana Típica e Levantamento dos Dados**

Embora a Unidade Básica de Saúde Engenheiro Guilherme Henrique Pinto Coelho (Vila Dalva), tenha um histórico de concentrar esforços para oferecer práticas corporais aos usuários cadastrados, muitas vezes indo além das expectativas e recursos para oferecer essas práticas, é também verdade que até o momento da pesquisa não haviam cadastros estruturados, análises de adesão e evasão, números real de participantes, levantamento de dados pessoais e de envolvimento desses participantes, qual era o tempo de participação e em quais práticas estavam matriculados. Também, embora houvesse um informe oficial da UBS no quadro de avisos divulgando as

práticas e seus horários, não havia regularidade com relação aos horários das caminhadas, por exemplo, assim como não estavam muito bem claros os critérios para as mudanças de local e horário dessas práticas, que favorecessem a introdução das mesmas no cotidiano, ou melhor, na rotina de vida dos usuários da UBS.

Esse fato não é necessariamente ruim, se pensarmos que a UBS está se estruturando para oferecer da melhor maneira possível esse tipo de serviço ao usuário. Se os espaços ainda não são adequados, ou faltam recursos materiais e humanos, ou os horários não contemplam um maior número de usuários, isso pode ser entendido como um período de adaptação e busca de excelência.

Assim, os dados relatados tiveram como objetivo levantar a quantidade de usuários participantes das práticas corporais oferecidas na UBS Vila Dalva.

Segundo TANAKA e MELO, "O período mais prático para coleta de dados de atividades é a "semana típica". A semana típica está baseada no pressuposto de que uma oferta constante gera uma demanda constante e portanto representa a produção de atividades que se deseja analisar." Outro fator importante segundo os autores é que "...ao escolher uma semana típica, cinco dias úteis para uma unidade básica de saúde (2ª a 6ª feira) ou na escola ou em outro recurso comunitário, esta semana não deve ser precedida ou seguida de feriados ou estar situada em meses tradicionais de férias" (TANAKA e MELO, 2001 p.28)

Nestes termos foi escolhida a semana de 18 a 22 de setembro de 2006 para coletar os dados referentes às pessoas que participam das práticas corporais oferecidas pela UBS Vila Dalva.

No período referido foi registrado um total de noventa e um usuários participantes diferentes, sendo alguns deles engajados em mais de uma prática, totalizando cento e onze participações; um total de trinta e três participações no Ch'i Gong, vinte e quatro participações no Tai Ch'i, sete na Meditação Ativa, dezesseis na Caminhada, e trinta e uma no Lian Gong.

### 5.3 - A Relação de Usuários e Faixa Etária

Gráfico 1 – Distribuição dos participantes das práticas corporais segundo faixa etária.

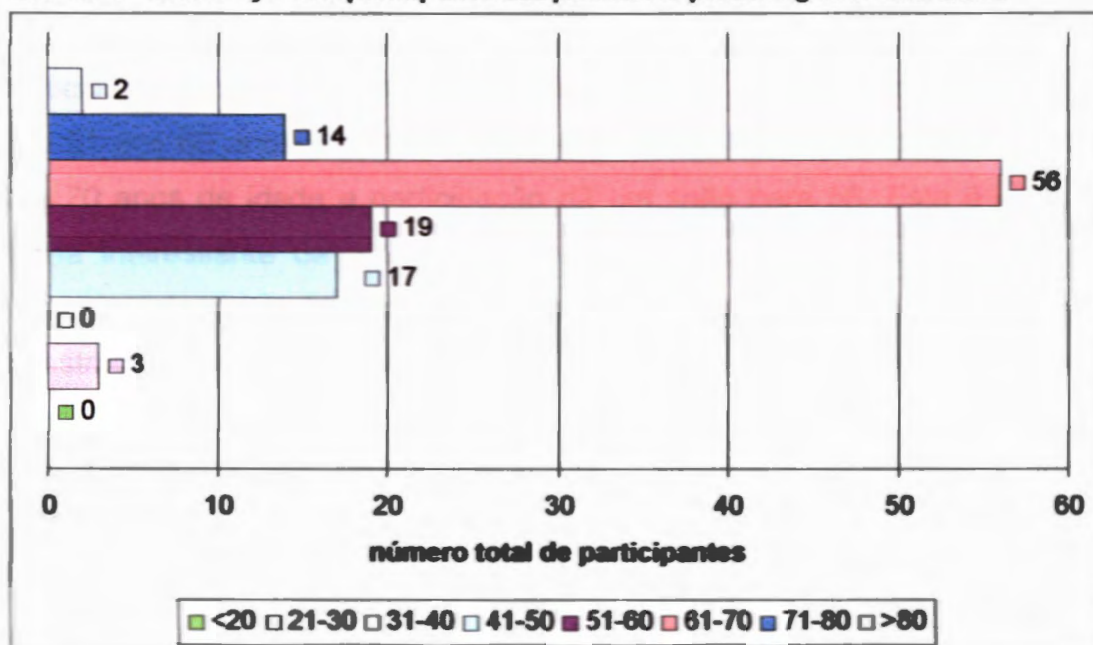


Tabela 1 – Distribuição dos participantes segundo sexo, faixa etária e práticas corporais.

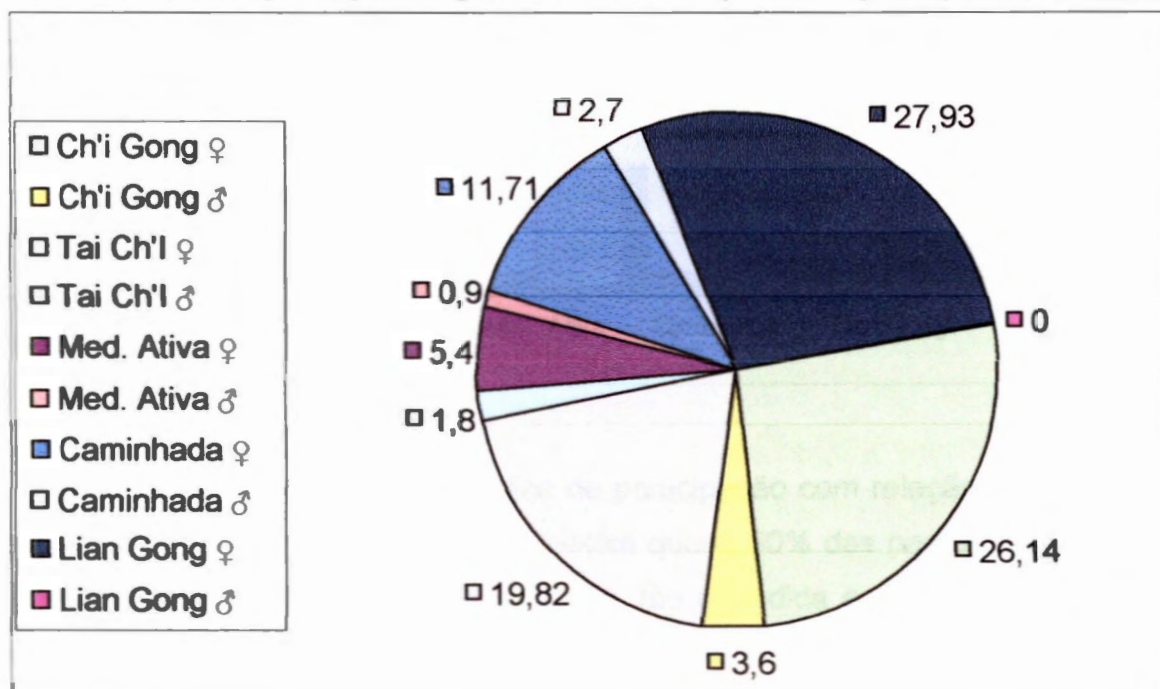
		Faixa Etária								
		≤20	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	71-80	>80	Total
Chi Kun	♀	0	0	0	4	11	12	2	0	29
Chi Kun	♂	0	1	0	1	0	2	0	0	4
Tai Chi	♀	0	0	0	7	2	10	3	0	22
Tai Chi	♂	0	1	0	0	0	1	0	0	2
Med. Ativa	♀	0	0	0	1	2	3	0	0	6
Med. Ativa	♂	0	1	0	0	0	0	0	0	1
Caminhada	♀	0	0	0	4	0	7	1	1	13
Caminhada	♂	0	0	0	0	0	1	2	0	3
Lian Gong	♀	0	0	0	0	4	20	6	1	31
Lian Gong	♂	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Total</b>		<b>0</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>17</b>	<b>19</b>	<b>56</b>	<b>14</b>	<b>2</b>	<b>111</b>

Analisando o quadro acima pode-se notar que alguns usuários participam de mais de uma prática. Como mencionado anteriormente, o número total de participantes é de 91 usuários e o número de participantes das práticas é de 111 pessoas, ou seja, um usuário pode participar em mais de uma prática oferecida. Também se observa as faixas etárias mais engajadas e

as práticas corporais que mais agregam pessoas, ou seja, o número de participantes menores ou igual a 20 anos de idade é nulo, há três participações com usuários na faixa etária de 21 a 30 anos, na faixa dos 31 aos 40 anos a participação também é nula, dos 41 aos 50 tem-se 17 de participação. Na faixa dos 51 aos 60 anos a participação é de 19. Na faixa etária posterior, dos 61 aos 70 anos de idade a participação dá um salto para 56. Esta é uma faixa etária interessante da análise, observa-se que é a faixa etária com maior número e participações, sobretudo mulheres. O fato de o Lian Gong ser ministrado no grupo da terceira idade, pode ser a causa da maior participação de mulheres, uma vez que o envolvimento de participação com o referido grupo é de maioria feminina. PALMA et al (2006) achou a mesma condição em seu estudo, embora nas outras faixas etárias não tenha ocorrido o mesmo, uma vez que em seu trabalho os homens apresentam maior participação nas demais faixas etárias em programas regulares de exercícios físicos, talvez porque tanto as práticas analisadas, o local de estudo e a metodologia, sejam diferentes. Nas faixas etária dos 71 aos 80 anos encontra-se 14 participações, e apenas duas participações acima de 80 anos.

#### 5.4 - Participação das Práticas Corporais por Sexo

Gráfico 2 – Distribuição de porcentagem de ocorrência de práticas corporais por sexo.

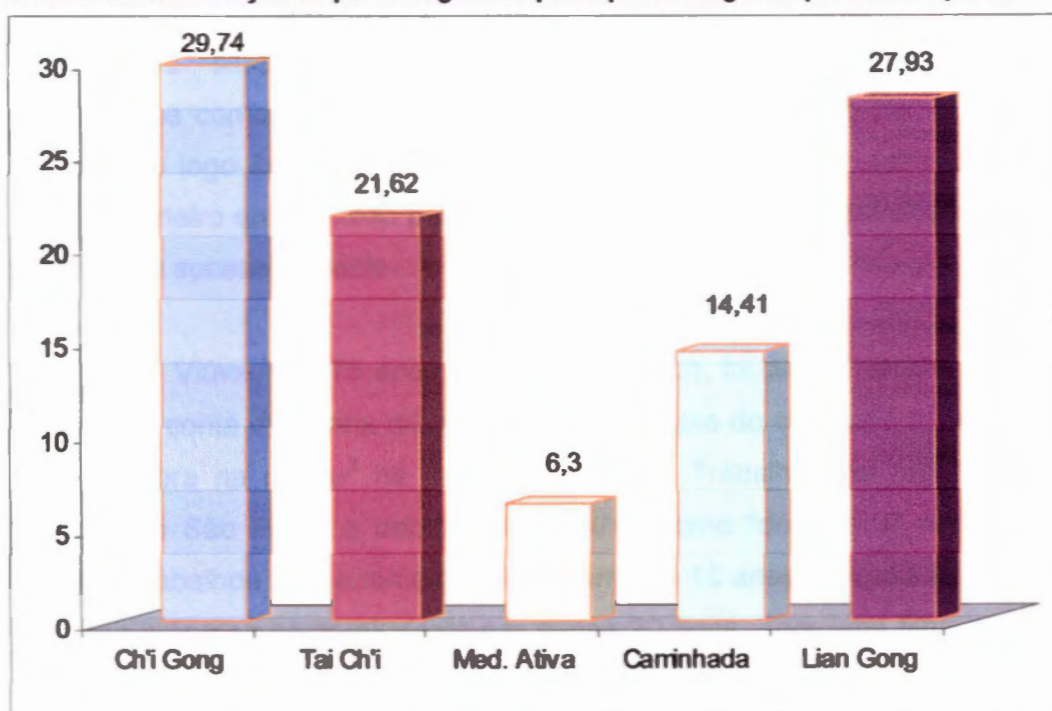


A adesão por parte dos usuários é de 91 pessoas, sendo 7 homens (7,70%) e 84 mulheres (92,30%), num universo de, aproximadamente, 14000 pessoas cadastradas (3974 famílias). O número de pessoas e famílias cadastradas também foi observado na semana típica em um quadro que estava exposto na UBS.

### 5.5 - Participação Geral nas Práticas

Por meio das entrevistas foi possível observar o critério da escolha para determinada prática corporal: está mais ligada ao horário e pessoa que está à frente da aula, do que uma escolha consciente da atividade propriamente dita, diferente no caso da caminhada, pois muitos usuários já fazem por conta própria por fazer parte de seu cotidiano e cultura corporal.

Gráfico 3 – Distribuição da porcentagem de participantes segundo práticas corporais.



Um fato interessante é o índice de participação com relação a algumas práticas. O Ch'i Gong e o Lian Gong detêm quase 60% das participações nas práticas corporais, enquanto a caminhada, tão difundida e de fácil execução, tem um índice bem menor. A prática do Lian Gong é realizada especificamente nos encontros da terceira idade, o que explica o grande contingente de

pessoas com mais de 60 anos, sobretudo do sexo feminino, nesta prática. O Ch'i Gong é ministrado pela fisioterapeuta da UBS, a profissional com maior capacitação nas práticas corporais da Medicina Tradicional Chinesa e também responsável por grande parte das consultas referente às dores. O baixo índice da participação das caminhadas pode estar associado à dificuldade de manter certa regularidade de horários e locais e de não necessitar do grupo ou de uma pessoa à frente da atividade.

Outro fato que também chama atenção é a quase inexistência do público de até 40 anos de idade, independentemente do sexo.

## **5.6 - Descrição dos Usuários Entrevistados**

Para a análise dos dados obtidos nas entrevistas faz-se necessário uma apresentação dos entrevistados, embora de maneira sigilosa, ou seja, serão apresentadas as características dos entrevistados para que se tenha uma percepção melhor do conteúdo.

Estão separados em participantes e não-participantes e serão identificados como P para os participantes e NP para os não-participantes. A numeração logo após a letra de identificação é referente ao entrevistado, ou seja, o primeiro entrevistado participante caracterizado receberá a identificação P1 e assim sucessivamente.

P1 - Viúva, tem 75 anos, é de Pernambuco, foi para a escola, mas não sabe ler e conta que tinha dificuldades de retenção do conteúdo aprendido na escola. Mora na região<sup>3</sup> há mais de 35 anos. Trabalhou na roça antes de chegar em São Paulo e depois foi trabalhar como “doméstica” em casa de família. Trabalhou nesse ramo aproximadamente 15 anos e depois foi trabalhar em uma empresa como ajudante por quase 20 anos. Tem uma filha adotiva e duas netas. Não teve Educação Física na escola e suas brincadeiras eram à noite após o trabalho. No período de sua chegada a São Paulo e sua aposentadoria não se engajou em nenhuma prática corporal individual ou em grupo. Depois de aposentada, o tempo disponível e a diminuição do desgaste diário com o trabalho, possibilitaram seu envolvimento com atividades escolhidas por ela mesma (caminhada, grupo da terceira idade, Tai Ch'i Pai

<sup>3</sup> A região mencionada é onde se encontra a UBS “Engenheiro Guilherme Henrique Pinto Coelho” no bairro da Vila Dalva.

Lin). Participa do Tai Ch' i Pai Lin desde 2002. Mora cerca de 300 metros da UBS e o trajeto até a unidade e ao local da prática do Tai Ch'i é de subida. A entrevista foi realizada na residência da entrevistada.

P2 – Viúva, tem 76 anos, é do interior do estado de São Paulo. Estudou até o terceiro ano do ensino fundamental (antigo primário). Mora na região há mais de 40 anos. Trabalhou na roça quando criança e esse foi o motivo de não ter se aprofundado nos estudos e também do seu sofrimento. Já em São Paulo trabalhou como diarista, cozinheira, mas sem registro em carteira profissional. Hoje recebe a pensão do marido. Tem uma filha, quatro netos e dois bisnetos. Diz que quando criança não brincava e não teve educação física, não tinha diversão, apenas serviço. Iniciou nas práticas corporais há mais de 10 anos, antes mesmo de ser oferecida oficialmente pela UBS. É praticante de Lian Gong há mais de 10 anos. A entrevista foi realizada nas dependências da igreja católica onde realizam o Lian Gong.

P3 – Casada, tem 64 anos, tem quatro filhos, dois netos. Nasceu no interior de Minas Gerais, mudou para São Paulo quando criança. Morava na roça e seu pai era oleiro, o que acarretava em mudanças freqüentes do lugar onde moravam em busca de melhor matéria prima. Estudou em colégio interno até o ensino médio. Não gostava da educação física na escola, porque não davam informações e era algo imposto. Eram atividades “fraquinhas” como “queimada”. Gostava das brincadeiras e de bola ao cesto (basquete). Depois de casada trabalhava com seu marido em uma papelaria própria e só começou a pensar em ginástica, atividade física ou práticas corporais, após o fechamento da papelaria, porque o trabalho era muito desgastante. A questão financeira também influenciou em aderir às práticas corporais. Participa do Ch'i Gong há mais de 1 ano, e também participa da Meditação Ativa. Também se dedica às artes plásticas. A entrevista foi concedida na residência da entrevistada.

P4 – Viúva, tem 66 anos, quatro filhos, nasceu em São Paulo capital. Mesmo não sabendo ler e escrever muito bem se formou em corte e costura e deu aulas por mais de quinze anos. Mora na região desde que nasceu. Seu

pai também era oleiro (atividade característica do local em determinada época). Tem orgulho de administrar bem sua casa. Voltou a estudar depois que começou a criar os filhos. Não teve educação física na escola. Tinha uma vida agitada porque tinha que ajudar a preparar o almoço, jantar, lanches, etc. Porém, tem lembrança de uma boa infância cujas brincadeiras estavam presentes (pulava corda, peteca, amarelinha, boneca, andar de bicicleta, etc.) e que durou até os 16 anos aproximadamente. Depois do casamento as atividades diminuíram bastante, mas não deixou por completo. Participa do Tai Ch'i Pai Lin desde 2005 e está engajada em outras práticas em diferentes lugares. A entrevista foi concedida nas dependências da igreja católica onde realizam o Tai Ch'i Pai Lin.

P5 – Casada, tem 53 anos, um filho, nasceu no interior de São Paulo, mora na região há pouco mais de um ano. Completou o ensino médio. Já foi costureira, babá e empregada doméstica, atualmente administra sua própria casa. Não teve educação física escolar. Tinha a bicicleta como meio de transporte e lazer. Pratica caminhada há dez anos e é praticante de Tai Ch'i Pai Lin pela UBS há, aproximadamente, um ano. A entrevista foi concedida nas dependências do Instituto Stefanini<sup>4</sup>.

P6 – Casada, tem 48 anos, dois filhos, e nasceu no interior de Pernambuco. Começou a estudar com 18 anos quando cursou o móbrol. Estudou o suficiente para assina o nome, tirar o título de eleitor, aproximadamente seis meses. Trabalhava durante o dia e estudava no período da noite. Trabalhou na roça e atualmente trabalha como empregada doméstica. Mora no bairro há mais de 27 anos. Quando criança gostava de brincar como nadar em lagoa e subir em árvores. Essas atividades eram na hora do almoço. Pratica Ch'i Gong há dois anos. A entrevista foi concedida nas dependências do Instituto Stefanini.

P7 – Viúvo, 73 anos, quatro filhos, nasceu no interior do estado de São Paulo. Estudou até o segundo ano do ensino fundamental. Não teve educação física escolar. Brincadeiras era só aos domingos quando tinha momentos de folga e podia pescar. Trabalhou na roça desde a infância. Pratica caminhada

<sup>4</sup> O Instituto Stefanini é uma entidade civil, sem fins lucrativos, instituído e mantido pela Stefanini IT Solutions, que tem por missão a promoção do desenvolvimento humano, econômico e social, através de cursos de Formação Profissional Básica. O Instituto Stefanini está sediado à Rua Padre Paulo Canelles, 640, 63 Jardim Adalgiza I, São Paulo/SP e na Rua Anézia Venturini, 62, Centro, Jaguariúna/SP.



há aproximadamente um ano. A entrevista foi concedida nas dependências do Instituto Stefanini.

P8 – Separada, 57 anos, tem onze filhos, natural da Paraíba. Voltou a estudar e está no primeiro ano do ensino fundamental. Trabalhou na roça, como merendeira de escola da prefeitura na Paraíba e em São Paulo trabalhou em uma firma, atualmente não tem atividade remunerada e é sustentada por um filho. Mora na região há 14 anos. Brincadeiras e jogos eram para os meninos e por essa razão não participava. Participa da Caminhada, do Lian Gong e do Tai Ch'i Pai Lin. Está envolvida com as práticas desde 2000, parou por um período porque as práticas foram interrompidas mas assim que foram retomadas reiniciou. A entrevista foi concedida nas dependências do Instituto Stefanini.

NP1 – Casado, 79 anos, quatro filhos, católico, nasceu no interior de Pernambuco. Mudou para São Paulo com 22 anos. Trabalhava na roça e a escola ficava a mais de 10 quilômetros da residência e por essa razão não frequentou a escola. Aprendeu a ler sozinho e com poucas instruções que pedia para terceiros. Mora na região há mais de 35 anos. Trabalhou em roça, como mecânico de manutenção, policial, borracheiro e atualmente têm um pequeno comércio de produtos de limpeza na garagem de sua casa. Não fazia ginástica regular e estruturada, mas tinha vida ativa. Corria, nadava, andava a cavalo, subia em árvores, acrobacias, entre outras atividades que criava ou copiava de ver outros fazerem e posteriormente treinamento militar. Ao sair da polícia militar (cavalaria) não teve mais atividade física regular. Esporadicamente pedala em sua bicicleta ergométrica. A entrevista foi concedida na residência do entrevistado.

NP2 – Casada, 68 anos, três filhos, evangélica (batista), nasceu no interior do estado de São Paulo. Tem curso superior em biblioteconomia. Mora na região há 37 anos. Por muitos anos trabalhou como funcionária pública e depois montou um pequeno comércio. Teve educação física escolar e gostava. Durante muitos anos, após a aposentadoria, acompanhou um programa de exercícios físicos (ENERGIA) pela TV Cultura de São Paulo. Faz exercícios

físicos por conta própria em sua residência ou na casa ou na praia. A entrevista foi concedida na residência do entrevistado.

NP3 – Casada, 84 anos, dois filhos, evangélica, nasceu no interior do estado de São Paulo. Estudou até o segundo ano do ensino fundamental. Mora na região há mais de 50 anos. Cresceu órfã e trabalhava na roça e cozinhando. Gostava de brincar, mas não tinha tempo. Trabalhou como ambulante e agora tem aposentadoria. Caminha por conta própria e sozinha. A entrevista foi concedida na residência do entrevistado.

NP4 – Casado, 83 anos, dois filhos, católico, nasceu no interior do estado de São Paulo. Frequentou a escola por 3 dias. Trabalhava na roça e mudou-se com 22 anos. Mora na região da Vila Dalva há 61 anos. Trabalhou como encanador, pedreiro e eletricitista. Para ele, atividade física é trabalho. Pratica caminhada (5 quilômetros) por conta própria e em seu próprio horário. A entrevista foi concedida na residência do entrevistado.

NP5 – Casada, 48 anos, dois filhos, dois netos, nasceu em Alagoas. Tem o ensino médio incompleto. Trabalhou como funcionária pública. Mora na região aproximadamente há 30 anos. Gostava da educação física escolar quando estava no ensino médio. Durante um período correu e caminhou com o marido aos finais de semana por conta própria e sem orientação profissional. Considera-se obesa e preguiçosa. A entrevista foi concedida na residência do entrevistado.

NP6 – Amasiado, 50 anos, três filhos, nasceu na capital de São Paulo, mora na região há 30 anos, sempre trabalhou no comércio, atualmente é proprietário do seu próprio negócio no ramo de alimentação. Quando adolescente participava de equipes de futebol e judô. Gostava da educação física escolar e só diminui sua atividade depois que casou aos 18 anos. Após esse período, o esforço por carregar sacas de alimentos substituiu as práticas corporais. Não sentiu a ruptura de deixar a parte lúdica para o trabalho, porque o carregar peso substituíu a atividade anterior. A entrevista foi concedida no estabelecimento comercial do entrevistado.

NP7 – Casado, 52 anos, quatro filhos, católico, nasceu no interior de Minas Gerais. Quando criança morava em fazenda e não conciliava o horário de trabalho com a escola. Kursou o primeiro ano do ensino fundamental por três anos e depois desistiu. Mudou para São Paulo após ficar órfão aos 19 anos. Trabalhou como servente de pedreiro, carregador em frigorífico e atualmente tem um bar na favela da Vila Dalva junto à sua residência. Mora na região há mais de 20 anos. Não teve educação física escolar e as brincadeiras eram com os irmãos em horários que não coincidiam com os horários de trabalho na roça. Os vizinhos mais próximos ficavam a mais de 20 minutos de caminhada. A entrevista foi concedida na residência do entrevistado.

NP8 – Solteiro, 20 anos, sem filhos, católico, nasceu no interior de São Paulo, chegou à capital com menos de um ano. Tem o ensino médio incompleto. Está desempregado, mas trabalhou como ajudante em uma metalúrgica. Teve educação física escolar e participava assiduamente. Parou de trabalhar para fazer teste para jogar de futebol em um grande clube de São Paulo mas não foi aceito. Nas horas livres pratica futebol e anda de bicicleta. A entrevista foi concedida nas dependências da Unidade Básica de Saúde.

NP9 – Solteira, 45 anos, uma filha, evangélica, nasceu no interior de São Paulo, mora na região há 6 anos. Tem o ensino médio completo. Foi babá, doméstica, ascensorista e costureira. Teve educação física na escola (fundamental II) e gostava de participar. Durante a vida adulta participou de aulas de exercícios físicos no programa pré-natal de sua gravidez e depois já por volta dos 42 anos no grupo de caminhada da UBS Vila Dalva. Após o término do grupo, não teve mais vontade de retornar às atividades. A entrevista foi concedida na residência da entrevistada.

## **5.7 - As Categorias de Análise**

A análise de conteúdo das entrevistas foi realizada por meio da técnica de análise por categorias. Segundo BARDIN (1977 p.153), *"Funciona por*

*operações de desmembramento do texto em unidades, em categorias segundo reagrupamentos analógicos*". Dentre as possibilidades de categorização, a análise temática *"recorta o conjunto das entrevistas através de uma grelha de categorias projectada sobre os conteúdos."* A dinâmica e a organização não são mais importantes que a frequência dos temas extralidos dos discursos (BARDIN, 1977).

### **5.7.1 - Acessibilidade – Entre, a casa é sua.**

Embora o conceito de acessibilidade traga algumas inquietações e divergências, e tomando como linha norteadora o trabalho de TRAVASSOS et al. (2004) que traz a discussão sobre o assunto, pode-se perceber nas entrevistas o tema presente ao que se refere às práticas corporais na UBS.

Ao pensar no processo de utilização dos serviços de saúde, é necessário lembrar que este se dá do resultado da interação de indivíduo/usuário e do profissional que leva esse usuário para dentro do sistema de saúde (TRAVASSOS, 2004).

Acesso ao sistema de saúde é um conceito complexo e muitas vezes este conceito varia entre autores. DONABEDIAN (1973) utiliza o termo acessibilidade, e tem como idéia principal, indicar o grau de facilidade com que as pessoas obtêm cuidados de saúde (TRAVASSOS, 2004 citando DONABEDIAN, 2003).

Segundo DONABEDIAN (1973), a acessibilidade é "... um dos aspectos da oferta de serviços relativo à capacidade de produzir serviços e de responder às necessidades de saúde de uma determinada população." (TRAVASSOS, 2004). É mais que disponibilidade de recursos. Esta autora distingue duas dimensões da acessibilidade: a sócio-organizacional e a geográfica, e ambas se inter-relacionam. A primeira inclui as características da oferta de serviço que obstruem ou aumentam a capacidade das pessoas no uso de serviços. A segunda (geográfica) corresponde ao espaço, à distância linear medida, distância e tempo de locomoção, custo da viagem, dentre outros (TRAVASSOS, 2004 p. 191). Assim, para o autor, acessibilidade *"... expressa as características da oferta que intervêm na relação entre características dos indivíduos e o uso de serviços."* Não se limita à utilização ou não dos serviços

de saúde, mas inclui os profissionais e recursos tecnológicos adequados quando utilizados nas necessidades de saúde dos pacientes.

Nesse estudo especificamente trabalhou-se com a idéia de usuários de uma UBS e não como pacientes, embora em alguns casos isso possa ser uma realidade: ser usuário e paciente ao mesmo tempo.

FRENK (1985) desenvolve seu conceito de acessibilidade baseado em Donabedian. Por esse autor encontra-se a sistematização do fluxo de eventos entre a necessidade e a obtenção dos cuidados necessários. Assim, tem-se: a necessidade de saúde gera o desejo de obter cuidados de saúde que por sua vez gera a procura por parte desse usuário. Essa procura leva à entrada nos serviços e gera continuidade nos cuidados (TRAVASSOS, 2004 p. 193).

FRENK (1985) define acessibilidade como *"... a relação funcional entre um conjunto de obstáculos para procurar e obter cuidados ("resistência") e as correspondentes capacidades da população para superar tais obstáculos ("poder de utilização")."* (TRAVASSOS, 2004). Pode-se entender essas resistências como obstáculos ecológicos, financeiros e organizacionais.

Enfim, apesar do tema referente à acessibilidade ser discordante na terminologia e em certos conceitos, também é verdade que existam congruências entre alguns autores. Assim, quanto à terminologia, para Donabedian e Frenk: a acessibilidade é uma característica da oferta de serviços de saúde ou do ajuste entre a oferta e a população. (TRAVASSOS, 2004).

No trabalho de MARTINS (2006, p.28), a autora, baseada em outros autores, define acessibilidade como *"... o grau de ajuste entre as características de oferta/disponibilidade dos recursos de saúde e as da população, no processo de busca e obtenção de assistência à saúde, resultando da combinação de diversos fatores de dimensões distintas, que podem ser classificados como de ordem geográfica, organizacional, sócio-cultural e econômica."*

A autora ainda aborda que dentre os aspectos sócio-cultural-econômicos da acessibilidade, deve-se considerar alguns outros fatores e dentre eles o conhecimento do próprio corpo; crenças e hábitos; dificuldades de comunicação com a equipe de saúde; grau de instrução (MARTINS, 2006).

Em alguns aspectos pode-se perceber que o trabalho oferecido aos usuários assegura a premissa da acessibilidade quando se observa que o fator econômico na participação das práticas, iguais ou semelhantes no mercado, inviabilizaria o envolvimento da população local (STARFIELD, 2002; TRAVASSOS e MARTINS, 2004; MARTINS, 2006). Este será o próximo tema a ser discutido.

### **Fatores econômicos**

Verifica-se nesse tema que o fato das práticas corporais oferecidas pela UBS serem gratuitas é mais uma possibilidade de abrir as portas para os serviços de saúde. Não se analisa nesse item se os serviços são bem aceitos ou não pela população, ou mesmo sua qualidade, mas o propósito da gratuidade.

As observações abaixo transcritas das entrevistas realizadas confirmam a importância da gratuidade das práticas corporais.

*E aí, e se tivesse que pagar?*

*P1- Ah, se fosse muito eu não pagava não, só se fosse pouquinho.*

*E quanto é muito e quanto é pouquinho? Até quanto a senhora pagaria?*

*P1- Até dez reais por mês, mas passando demais não podia pagar porque não dá para mim pagar.*

*P3 - Sempre quis fazer Tai Ch'i, mas era tão caro! E o nosso dinheiro está tão curto! Meu marido está aposentado, eu não trabalho mais, então fica difícil.*

*P3 - Para mim passou de R\$ 30,00 está caro!*

*P4 - Sim a gente corre atrás, tem que ser né, se a gente quer participar das coisas. E outra, você não está pagando nada, já é uma grande coisa.*

*- Isso é importante?*

*P4 - Isso é muito importante.*

*- Então faz diferença também ser gratuito?*

*P4 - Faz diferença.*

*- Então se fosse cobrado não teria tantas pessoas?*

**P5 - Não. Se fosse R\$ 30,00 por pessoa ficaria pesado.**

**NP2 - Olha, tendo em vista que os munícipes, o pessoal que mora nessas periferias, pelo menos aqui, não tem condições financeiras de pagar uma academia, então, eu acho assim de grande utilidade ter no posto porque as pessoas que querem participar, então elas já tem assim, esta interação, e de posto e exercícios físicos, estas coisas assim, então, eu acho que, eu acho que é um assim, uma boa opção para o povo, pelo menos o povo de baixa renda que não tem dinheiro para pagar academia, então, tem que sair de graça, de graça não porque a gente paga os impostos, eu acho que é até um dever da Prefeitura, do Estado estar proporcionando isso ao povo, porque já está pago, ninguém fica devendo nada para o Governo não porque ele é que deve para gente...**

**NP5 - Olha, eu penso assim, hoje em dia muitas vezes as pessoa não vão para a academia porque não tem dinheiro, não tem condições. Então, no posto, eu acho que, tem que ter mesmo, não ser cobrado porque nós já pagamos tanto imposto, né? Que eu acho que está mais do que justo, eu acho que tinha que ter mais, e sem cobrar.**

**NP6 -... a pessoa acho que fica presa porque está pagando, então, fica naquela obrigação né, dentro da cabeça que tem que ir. Agora, se é grátis, se é do governo, a turma acha que faz de qualquer jeito.**

**- e atividades como musculação, academia, essas coisas?**

**NP8 – Isso ai eu não faço porque estou sem condições de pagar academia. Sempre quis fazer, mas não tenho condições de pagar.**

**- Se tivesse você faria?**

**NP8 – Se tivesse eu faria**

**NP9 - Acha bom que tenha atividade física no posto. Se não tivesse no posto não teria feito em outro lugar por causa do dinheiro. "caminhada você caminha em qualquer lugar, mas essas outras, se você for pagar ninguém faz, porque aqui ninguém tem condições. Aqui é um bairro de pobre.**

Pode-se verificar através das falas dos entrevistados a importância da gratuidade do serviço oferecido, tratando-se de uma região periférica e de baixo poder aquisitivo, tendo assim as portas abertas para o serviço de saúde. Interessante salientar a posição de dois usuários com relação aos seus direitos como munícipes que pagam impostos e percebem o dever do Estado em retribuir essas contribuições em benfeitorias para a população, embora, tenha também sido exposta a baixa confiança na qualidade de um serviço público gratuito.

Fica também evidente que encaram como oportunidade o fato de participarem de práticas orientadas e fora da faixa do poder aquisitivo dos usuários da região, como no caso das práticas corporais da MTC.

### **O local das práticas**

Neste aspecto muito se pode discutir. A UBS está numa região alta do bairro, ou seja, a acessibilidade geográfica gera certa resistência para muitos usuários chegar até a UBS. Isso ocorre também para participar das práticas corporais, uma vez que os locais onde são oferecidas estão próximos a UBS. Entretanto, isso não foi mencionado pelos moradores entrevistados, nem por aqueles que são participantes e nem pelos não-participantes.

Ainda nessa particularidade geográfica pode-se ainda citar o local físico das práticas. As práticas em um primeiro momento das entrevistas eram realizadas no saguão de entrada do Instituto Stefanini com aproximadamente 20 m<sup>2</sup> de área para as práticas do Tai Ch'i Pai Lin; no salão de uma igreja católica para as práticas do Ch'i Gong e da Meditação Ativa, com aproximadamente 40 m<sup>2</sup> de área, e por fim, as caminhadas eram realizadas pelas ruas do bairro conforme a divisão territorial da equipe de Agentes Comunitários de Saúde que conduzem à prática. É importante ressaltar que nenhuma das duas instituições (igreja católica e Instituto Stefanini) tem algum tipo de parceria formal com a UBS, porém cedem seus espaços para um bem comum.

Um dos grupos de caminhada oferecido pela UBS utiliza as ruas do condomínio Parque dos Príncipes por ser um lugar agradável, arborizado, com um lago nas imediações e é bastante calmo para a prática da caminhada.



Porém, a informação obtida é que a segurança privada do condomínio faz a sua ronda de segurança não para proteger as pessoas que estão ali caminhando, embora seja essa a informação transmitida, mas para vigiá-las. As pessoas disseram ficar constrangidas porque moram na região há muitos anos, antes mesmo da criação do condomínio.

Enquanto alguns têm o "privilégio" de caminhar em um lugar agradável, outros caminham nas calçadas de uma grande avenida da região (Avenida Politécnica) e já bem distante da UBS.

*NP4 – São cinco quilômetros todos os dias. Dou a volta lá no Extra [supermercado]. Pego a Politécnica [avenida], dou a volta, pego a Avenida Rio Pequeno e vou embora.*

Fatores como a falta de infra-estrutura podem não parecer assim tão importante, já que se trata de um serviço gratuito. Porém, os usuários almejam outros patamares com relação ao local, embora outros, realmente não se incomodem com o local, mas sim com a continuidade da prática.

*NP2 – Acho que não vai passar o dia inteiro dando aula porque não é uma academia.*

*NP2 –... Porque o ideal seria, eu acredito, num recinto fechado, num salão.*

*NP3 - Eu acho que tem que ter ginástica no posto sim. Porque se é um movimento para as pessoas que querem fazer ginástica, acho que tem que ter no posto. Porque muitos nem podem pagar.*

*NP3 - Acho que tem que ser um lugar coberto, porque se chover molha todos os alunos. Então acho melhor um salão.*

*NP3 - Se eu tiver que fazer, se eu gostasse, em qualquer lugar seria bom. Onde o professor marcasse. Porque quem quer faz.*

*NP5 - Ah, uma bela academia né? (Risos)*

*- Quer dizer, exercício de... Musculação?*

*NP5 - Não, assim, uma bela academia com bicicleta, com esteira, com... (risos)*

*- Se tivesse isso a senhora acha que...*

*NP5 - Eu iria.*

*- Iria?*

*NP5 - Iria, ah, tranquilo, todos os dias.*

*- E com quem dando aula? Quem a senhora acha que seria o profissional para dar aula disso? As agentes e a fisioterapeuta, pessoal que já dá aula daria conta disso ou precisaria de mais pessoas, de...*

*NP5 - Ah, um professor que soubesse, assim, os exercícios certos para você fazer né, um belo personal né, claro, para incentivar! (Risos)*

*- Isso a senhora acha importante, a parte visual?*

*NP5 - Ajuda, não é o...*

*NP6 -... um lugar aberto, bem arvorejado, tranquilo, não tem problema de carro, só os moradores, é um condomínio fechado que tem aqui em cima, seria o ideal, pertinho do posto, ninguém precisa usar gasolina para ir até lá de carro.*

*NP6 - Eu acho que dentro do posto não pega, vai tumultuar muito com outros pacientes que vai fazer muito barulho talvez para os médicos, coisas assim né. Mas teria que ser um local...*

*- Se fosse fechado?*

*NP6 - Não digo uma academia, sei lá, um centro de esportes aí, uma quadra de esportes.*

*- Qualquer lugar fora do posto?*

*NP6 - Fora do posto para não ter muito barulho, muito tumulto, né.*

*NP6 - Ah, coisa que eu gosto muito é natação, mas aí não é cabível ter uma piscina, é um dos esportes que eu mais gosto.*

*NP7 - Ah, poderia ser assim um espaço assim fechado né, com música também, com música ia animar as pessoas né, e ia... Na minha opinião, é lugar fechado e com música.*

*NP8 - Deveria ter um espaço para isso.*

*- Aqui mesmo? Você acha que combina educação física com o espaço?*

*NP8 - Ou aqui mesmo ou em outro lugar aqui que os sócios poderiam ir sem gastar muito.*

Outro cuidado relacionado ao local está o fato de um dos espaços, e atualmente o único, ser o salão de uma igreja católica. Embora todos os entrevistados tenham dito que a religião seguida não interfira no fato de praticar

ou não algum tipo de prática corporal, isso já não é verdade em frequentar espaços que não são o da sua religião. A entrevistada NP3 revela isso.

- Existe algum problema de fazer atividade física pelo fato da senhora ser evangélica?

NP3 - Não. Eles não nos proibem de nada. Nós que temos que nos colocar e sabermos o que pode ou não fazer. Na igreja (católica) tem ginástica e o pessoal vai lá. Idosas como eu, vão lá, levam discos, dançam! E minha filha me fala para eu ir lá, e lá eu não vou por causa da religião. E eu não vou. Eu respeito muito a minha religião (evangélica).

Neste item já é possível entrar em discussão se as práticas corporais são viáveis nas UBS. Levando-se em conta que o interesse e as necessidades da população, podem-se perceber algumas divergências e contradições.

Alguns buscam os serviços semelhantes aos oferecidos em academias, embora outros deixam claro que a UBS não deve ser vista como uma academia; que não deve ter barulho. Também é verdadeira a convergência de almejam um lugar agradável, prazeroso, que seja adequado e não improvisado e que não traga conflitos, como no aspecto religioso.

Enfim, atualmente, o local das práticas pode ser encarado como uma resistência ao acesso aos serviços de práticas corporais oferecidos pela UBS.

## **Horários**

Este talvez seja o item mais abordado durante as entrevistas e parece ser uma das maiores resistências ao acesso às práticas corporais oferecidas. Uma vez que as práticas corporais são oferecidas em uma Unidade Básica de Saúde e, a acessibilidade ser um dos princípios do SUS, este é um fator discutido de maneira a realmente, oferecer um serviço que possa atender a todos os usuários ou ao menos indicar serviços iguais em outros espaços tais como centros comunitários, clubes, praças e parques públicos.

De acordo com as falas dos usuários, pode-se observar que diversas são as dificuldades. Jovens que só trabalham ou só estudam no horário, ou jovens que fazem estas duas atividades e segundo alguns usuários, essa é a

fase que precisam trabalhar e estudar. Há outros obstáculos como acordar cedo, de levar os filhos na escola, e alguns apresentam queixas como não haver uma infra-estrutura adequada ou a questão da temperatura atrapalhar o ritmo das práticas: no verão está muito quente ou no inverno está muito frio para acordar cedo para realizar as práticas corporais.

*P1- Na terça-feira eu vou para a A., aí eu vou quarta-feira, aí eu vou quinta, vou sexta, e às vezes tem semana que não vou nem um dia, só no sábado. (Risos) Quando está frio assim que eu vou sair para os cantos que eu quero sair cedo, sabe!*

*- Está bom. (risos) quando está frio a senhora não gosta de ir?*

*P1 - Não, às vezes vou, porque eu saio tarde, não tenho horário para sair, quando eu me levanto eu vou embora, mas tem vez que eu vou a semana todinha.*

*P3 - Não fazia nada. Tínhamos uma papelaria e era muito desgastante sair de casa, passar o dia em pé. Ficamos com a papelaria por mais de 20 anos. Antes de sair já deixava a comida pronta, trabalhava o dia todo, chegava em casa exausta.*

*P3 - Não é questão de ter tempo. Temos que fazer. Porque se analisar bem nunca se tem tempo, mas você tem que analisar o que é importante para você. Não vou passar minha vida só limpando casa, fazendo comida...*

*P3 - Os mais jovens não têm tempo. Têm que trabalhar. Têm que estudar, mas não estão preocupados com nada.*

*P3 - Eu acho nosso tempo muito curto. Você chega e já tem logo que começar, porque senão atrasa o horário dela, então, vamos ao que interessa.*

*P5 - Eu acho que deveria ter muito mais, viu? E tem muitas pessoas que não conseguem fazer por causa do horário. Eu não trabalho fora e consigo, mas tem muita gente que não consegue. Então acho que deveria ter...*

*P5 - Eu faço minha caminhada praticamente só. Pelo horário, entendeu?*

*P6 - Tem bastante coisa, mas eu ainda não descobri por causa do serviço. Acho que no posto tem uma atividade sobre dor nas costas, e eles orientam como*

fazer as coisas para não abusar da coluna. Mas complica o horário. Para quem trabalha fica difícil.

- A senhora trabalha o dia inteiro?

P6 - Das oito às cinco da tarde.

P6 - Pena que eu não posso fazer nos dois dias, porque as segundas tenho que fazer a faxina na casa da minha patroa, mas na quarta ela me libera e eu posso vir. Se eu fizesse duas vezes por semana acho que eu já estava curada da coluna!

P8 - Com a A. não dá mais. A L. é na segunda feira, a A. é na sexta. Eu não posso participar na segunda e na sexta.

P8 - Se tivesse mais seria melhor!

- Mais ginástica? Ou mais horário?

P8 - Mais horário. Porque só tem de manhã.

P8 - É que o tempo é muito curto. Não dá. A gente chega e já vai fazer.

- A prática começa e quando termina o pessoal vai embora?

P8 - Vai. Nem dá tempo de conversar.

Nós chegamos e ela sempre chega em cima da hora.

Às vezes ela até avisa que não pode vir na próxima aula. Porque ela estuda.

NP1 - Porque eu tenho preguiça, e outra coisa, eu não posso sair toda hora. Eu estou aqui porque tem até um lugarzinho aqui que eu vendo uma cãndida, vendo um material de limpeza, aqui, aqui, onde eu estava, então, quando eu menos espero chega duas ou três pessoas assim para me comprar, e se eu não estiver aqui e ela não estiver, fica ruim. A pessoa vem e volta sem nada, porque, aí, por isso que eu não saio muito, por causa disso.

NP3 - Eu não sei se estou certa ou errada, mas acho que deveria ter horários bons para pessoas de idade, para pessoas mais novas. Mas tem que reunir tudo.

NP3 - Acho que deveria ser das 8:00 às 10:00. Não sei se pode ser esse horário. Tem que depender da hora do almoço. Porque senão a pessoa está lá na ginástica e pensando no almoço.

NP4 - Eles têm coisas muito boas. Mas eles fazem a ginástica de manhã, e nesse horário eu estou rodando.

NP4 - Mas uma pessoa que trabalha deveria praticar uma ginástica no fim de semana. É que aqui não tem

*aos sábados. Mas seria bom se tivesse. A pessoa deve praticar uma ginástica no fim da semana. Se não tem um futebol, vai lá! Essas pessoas acordam cedo, não tem tempo para fazer um alongamento, alguma coisa, então tem que ir lá, porque pelo menos lá aprende alguma coisa.*

*NP6 - Não dá tempo, eu abro vinte para às sete, e fecho seis e meia, a gente fica aqui. O dia que tem um pouco mais de folga é sábado e domingo que eu costumo sair, mas a gente anda muito pouco a pé, mais é de carro né.*

*NP6 - Para mim não faria este horário, horário que eu tenho mais folga seria assim, tipo três horas, três ou quatro horas da tarde.*

*NP6 - Se fosse à noite eu até preferia porque ia eu e a mulher, porque ela também precisa.*

*NP7 - É, a gente que não tem tempo, bem dizer quase para nada, porque nós levanta, nós fecha tarde né, e abre assim, dez horas...*

*NP8 - Não sei. Tinha que ser... Poderia ser de manhã. De manhã tem muita gente que trabalha. À tarde também. Então, teria que ser de noite. Mas de noite o posto não abre.*

Talvez, mais uma vez está em jogo a questão de para quem são as práticas corporais? São para os usuários? Estão adequadas para os funcionários e agentes que ministram as práticas?

O que está claro é que ainda não se tem condições de oferecer as práticas corporais para todos os usuários. Para isso seria preciso oferecer mais dias, mais horários, mais atividades, mais recursos humanos, treinamento, enfim, uma série de atitudes que só serão estabelecidas com a participação da comunidade local, conquistando, estabelecendo critérios, com força e poder coletivo. Também se faz necessário uma nova maneira de abordar as práticas corporais e atividade física na formação dos profissionais que lidarão com o assunto no sistema de saúde.

## **Público alvo – os usuários**

Este parece ser outro ponto delicado a se discutir. Como atender em pouco horários tantos interesses e pessoas? Os usuários, como sujeitos, carregam consigo desejos, emoções, história, aspirações (CARVALHO, 2001), seria possível atender a tantas pessoas com tão poucos recursos (financeiro, material, profissional, de espaço)?

Para alguns usuários é difícil pensar na interação entre as diferentes classes sociais da região.

*P3 - Eles não têm noção de corpo, não tem movimento.*

*P3 - Eu não conseguia conviver com aquele tipo de gente. Não tenho culpa! Tem pessoas que durante a prática estão fungando...*

*P3 - Não que eu vá ser amiga deles, porque eu não vou conseguir.*

*P3 -... a distância não está nas roupas, ou no calçado, é social, cultural.*

*P3 - E eu acho que elas não sabem nada, que elas são preguiçosas, acho que a roupa delas é mal lavada, até o cheiro delas é esquisito. Não sei te explicar. Eu não queria ter amizade com elas. Uma ou outra. Mas já consigo diminuir a distância.*

*- E a relação que a senhora tinha com o bairro mudou? Antes de ir à ginástica a senhora via o bairro de uma forma e agora mudou?*

*P3 - Mudou. O tipo de pessoa que eu conheci. Conheci pessoas boas. Porque não é só a gente que tem uma educação melhor que tem preconceito. Eles também têm preconceito da gente. A gente mora num lugar um pouco melhor e eles em barraco, e eles têm raiva da gente. A gente percebe o olhar. Mas nós não temos culpa. Eu acho que eles nunca vão subir aqui, e eu nunca vou descer lá.*

Para outros, participar de grupos onde as pessoas conversam ou têm diferentes ritmos é um problema.

*NP3 - Vou sozinha. Não gosto de gente falando. Às vezes eu encontro a turma e eles me chamam, mas eu não vou não. Não sou de participar onde tem muita gente.*

*É que eles saem daqui e vão para o Parque Ipê. E eles andam muito rápido e eu me canso. Então não fui mais. Eles até perguntaram se eu não queria ir com o*

*grupo, mas eu disse que prefiro ir sozinha. Eles me disseram: "essa não é amiga de caminhada" e eu disse que não sou mesmo. Eu não gosto de me sentir estorvando os outros. Entendeu? Eles gostam de andar, e conversar. Eu não.*

*Não gosto porque eles param e ficam olhando para trás assim. E sabe o que é isso? Anda logo! E para mim isso não dá certo. Mas eu gosto de caminhar.*

**NP4 - Eles gostam de fazer caminhada, mas aquela caminhada com aquele horror de gente não tem graça nenhuma. Aquilo parece uma feira de peixe, o maior falatório. É bom fazer com uma ou duas pessoas, no seu ritmo. Eu faço sozinho. Saio quieto e chego calado.**

Para outros ainda a diferença de idade e da própria prática oferecida é o ponto chave da adesão ou não às práticas corporais.

A participação em espaços com predomínio de um grupo diferente, seja masculino e feminino, jovem e idoso, rico ou pobre, ou seja, diferenças sociais, de gênero, faixa etária, educacionais, étnicos e de credo, pode se tornar um elemento de resistência aos serviços de saúde oferecidos para grupos.

*P1 - Porque jovem é mais preguiçoso né. (risos) O jovem é mais preguiçoso.*

**P3 - Mas Nova Era (nome sugerido pela participante para ser colocado na camiseta do grupo) eles iam pensar que era coisa de religião, porque tem bastante evangélica.**

*- Tem bastante evangélico?*

*P3 - De calça comprida só tem uma. Elas vão de saia, de meia, colocam uma bermuda por baixo da saia. Tem uma que tem a maior dificuldade de fazer. Mas a gente tem que respeitar! Fazer o que? Mas ela nem sabe que ela tem corpo, nem sabe que ela existe!*

*P3 - Tem uma senhora do grupo que brigou comigo por besteira. Pediu-me para ajudá-la e eu falei que não sabia onde estava a vassoura e ela me disse que estava no banheiro e me perguntou se eu freqüentava a missa lá. Eu disse que não. Ela me perguntou qual missa que eu freqüentava e eu disse que não gostava de missa. E ele falou: "credo". Daí eu perguntei para ela se ela gostava de umbanda e ela disse que não e eu a imitei, disse: "credo"! É a mesma coisa. Eu não*



*sou obrigada a gostar. Isso aqui não depende de religião.*

*- E o senhor é o único homem no grupo?*

*P7 - Não. Tem o senhor G.*

*P7 - O Tai Ch'i já tinha visto uma vez.*

*- O senhor fez?*

*P7 - Não. Só fiquei olhando. Era um grupo com umas trinta mulheres. E eu era o único homem, então fiquei com vergonha.*

*- E por que aqui não tem jovem? Não tem homem?*

*P8 - Eles não vêm.*

*- Por que a senhora acha isso?*

*P8 - Eles devem querer ficar em casa.*

*P8 - São muito rabugentos.*

*- E os jovens?*

*P8 - Os jovens não querem saber!*

*NP1 - Olha rapaz, aquilo ali atinge todo mundo, aquela ginástica lá não tem para ninguém, ela atinge desde o velho de cem anos até o de quinze anos.*

*NP2 - Acho que deve ser para todos, aberta a todos, e claro que você jovem, se você tem seu trabalho não tem tempo de frequentar. Mas se quiser, se puder, então, é livre. Acho que deve sim ser para todos.*

*NP3 - Em minha opinião é para os velhos. Ali é bom, porque às vezes fica difícil para a pessoa conforme a idade ir a outro lugar para ter aula. E lá no posto eles aceitam qualquer um que queira.*

*- Tanto faz se é jovem ou velho?*

*NP3 - Pode ser jovem, pode ser velho.*

*- O senhor sabe que tem atividade física no posto?*

*NP4 - O posto faz, mas só que tem pouco homem. Uma vez eu assisti nem tinha homem, só tinha mulher.*

*- Então o senhor não vai porque não tem homem?*

*NP4 - É. Não vou ficar ali o "velhão" no meio daquela mulherada!*

*NP4 - É uma ginástica voltada para todos. Para velhos, para jovens. E essa garotada que joga futebol eu acho que não precisa. Mas uma pessoa que trabalha deveria praticar uma ginástica no fim de semana.*

*NP5 -... mas caramba, nossa caminhada só tem velho? Né? Eu falei: "eu vou fazer caminhada para dar passinho igual tartaruga? Ah, não quero! Aí ela falou: "Não, mãe, você pode caminhar no seu ritmo. Você não precisa acompanhar os outros". Eu falei assim: "mas eu vou caminhar sozinha? Se for para caminhar sozinha não preciso de grupo de caminhar, eu vou sozinha!*

*NP5 - Olha, eu acho que está mais assim, para idoso... Não, assim, a caminhada para qualquer um, aliás, o tai-chi também né, para qualquer um, mas quem participa mais acho que é mais o idoso, né, acho que tem pouco jovem.*

*- E por que a senhora acha que os jovens não fazem?*

*NP5 - Primeiro por ser durante, de manhã, a maioria trabalha, estuda, não tem, não dá tempo. Ou chega da balada muito tarde né, não acordou a tempo. (Risos) Então... (Risos) Eu acho que o que tem aí serve tanto para criança, jovem, adulto, idoso, serve para tudo no geral. Mas eu acho que quem mais participa são os idosos.*

*NP7 - Pelo posto, para idosos, para os que não, os pobres que não têm como fazer, praticar um esporte para fazer um exercício, então, é para isso.*

*NP8 – Eu acho que é mais para gente mais velha. Para mim, assim mesmo, acho que não dá certo não.*

*- (...) e por que não tem muitos jovens?*

*NP8 – Não sei. Acho que o pessoal tem muita vergonha.*

*- misturar?*

*NP8 – De misturar com esse pessoal aí. Eu acho isso. Eu penso isso. E tem muito jovem que não é interessado em fazer isso.*

Embora a discussão esteja no âmbito da acessibilidade, e percebendo que atender a todos os grupos, faixas etárias, sexo, classes sociais, níveis de aptidão física, dentre outros fatores, pode ser encarado como um problema de acessibilidade, pode-se também perceber que essas divergências são importantes quando pensa-se na participação social, ou seja, a dificuldade que usuários entrevistados mostram em se organizar, o que realmente não é tarefa fácil, e sobretudo estabelecendo barreiras naturais entre as diferentes

categorias de pessoas, indica a dificuldade em tornar realidade a participação social.

### **A divulgação**

Uma vez pensando que o acesso aos serviços de saúde é a porta de entrada da pessoa ao sistema de saúde, a divulgação ou propaganda dos serviços e programas oferecidos devem estar claras e reconhecidas, ou seja, do que se trata, horário, local e público alvo. Alguns cuidados devem ser tomados, desde a divulgação boca-a-boca, como parece ser feita, assim como a feita pelos agentes de saúde e cartazes claros e auto-explicativos, uma vez que alguns usuários podem ter dificuldades com a leitura e assim não se interessarem pelos programas.

*P1 – Uma colega me falou que estava dando essa ginástica lá e aí eu fui.*

*P1 - Eu chamo, eu convido*

*- Está bom. O que é feito então, já que a senhora chama, mas o que mais é feito para ter mais pessoas participando? As pessoas também, suas colegas lá, também chamam, o posto faz propaganda? Tem panfletos por aí, o pessoal entrega? A senhora já viu alguma coisa?*

*P1 - Eu nunca vi, nunca vi nada disso não.*

*P1 - Nunca vi, as meninas do posto visita as “casa”.*

*P1 - Muitas meninas visitam, essas agentes de saúde, visitam as casas, mas panfleto eu nunca vi não.*

*P1 - Porque vai um, convida outro, vai um e convida, uma amiga vai, acha bom e convida outra amiga, e vai indo, outra vai e convida outra menina, e vai indo.*

*P2 - Quando eu vim aqui no posto de saúde e o doutor falou comigo. Ele me falou para fazer ginástica para curar minha bronquite.*

*- Não tem cartaz em lugar nenhum?*

*P2 - Não. Eu já trouxe bastante gente.*

*P3 - Eu não sabia que era através do posto. Achei que era uma propaganda que tinham colocado ali. E estava o dia, a hora, e o local. E eu chamei minha vizinha para ir junto...*

*P4 -... eu vim fazer o meu cartão no postinho, e me indicaram, e a A. fazia visita na minha casa, ela começou a fazer visita, foi a A., ela foi fazer visita em casa e contou tudo o que tinha para cá. Aí eu vim por ela.*

*P5 - Eu entrei convidada,... e eu acho que deveria ser mais divulgado.*

*- E lá no posto tem cartazes falando do Tai Chi?*

*P5 - Tem sim. Tem fotos.*

*P6 - Eu estava ruim da coluna e passei no ortopedista e ele me indicou, e eu estou com a professora L.. Há 2 anos.*

*- Então a senhora está fazendo hoje porque foi o médico que mandou?*

*P6 - É.*

*- E como o senhor começou a caminhada aqui?*

*P7 - A dona S. que me convidou.*

*- A agente de saúde?*

*P7 - Ela é minha vizinha!*

*- E no posto o senhor já tinha visto que tem os grupos de caminhada, de Tai Ch'i?*

*P7 - Não.*

*- Nunca tinha visto?*

*P7 - O Tai Ch'i já tinha visto uma vez.*

*P7 - A gente chama mais pessoas. Quando alguém começa a faltar a gente avisa para aparecer.*

*P8 -... até que soube da irmã D. e um dia resolvi ir lá fazer ginástica no salão da igreja.*

*- Então foi a senhora que procurou?*

*P8 - Foi. Eu sabia da ginástica e resolvi ir fazer, porque eu estava toda dura. Porque quando era para ter feito eu não fiz.*

*- Você sabe que lá no posto eles oferecem atividade física?*

*NP1 - Oferece.*

*- E o senhor sabe qual?*

*NP1 - Não sei. É, o doutor, como é que chama, o doutor... como é o nome dele? Dr. D. fala: "rapaz tem que fazer caminhada! Mas doutor eu faço caminhada rapaz, eu faço, às vezes, eu não vou, não faço caminhada assim propositalmente, mas fiz umas três ou quatro vezes". Mas fui umas três ou quatro vezes, e*

*tinha preguiça de ir, agora eu não tenho preguiça de ir porque minhas pernas doem muito. Agora tem uma dor cansada assim nas pernas, e aí já não sou mais aquele, mas eu ando, eu ando bastante rapaz.*

*NP1 - Eu nunca vi. Onde é que tem atividade no posto?*

*- E a senhora sabe que lá no posto eles oferecem atividade física?*

*NP2 - Eu sei.*

*- A senhora saberia me dizer quais são as atividades que eles oferecem?*

*NP2 - Não, eu acredito que são exercícios físicos, caminhada, mas eu não nunca participei.*

*- A senhora sabe que o posto oferece atividades físicas, não sabe?*

*NP3 - Sei*

*- E quais são as atividades que eles oferecem? A senhora sabe?*

*NP3 - Não sei. Eu não participo disso no posto.*

*NP5 - Ah, tem caminhada, tem tai-chi né, tem... Ah, tem um monte de coisa, eu não lembro agora. Tem, deixa eu ver... Tem caminhada, tem tai-chi... Ah, não lembro de tudo agora não.*

*- O senhor sabe que lá no posto eles oferecem atividade física?*

*NP6 - Sim.*

*- E o senhor sabe me dizer quais são?*

*NP6 - Não, não, não sei, eu sei que eles fazem na igreja e aqui no Estefanini, eu não sei ao certo.*

*- E quando o senhor vai lá no posto o senhor lembra de ter visto alguma propaganda, alguma coisa desse tipo, como o senhor ficou sabendo dessa caminhada, dessas outras coisas?*

*NP7 - Aí já era caminhada assim, eu não reparo muito nas coisas, mas porque eu não sei ler também né, e então, aqui em casa mesmo, me chamava né, minha esposa já foi convidada, e eu, então, a gente... Mas é a falta de tempo né.*

*- Você sabia que esse posto oferece atividade física?*

*NP8 - Não sabia não.*

*NP8 – Ah, eu já vi a moça fazendo lá embaixo, perto quadra.*

A divulgação é um fator importante para a acessibilidade e pode-se constatar que embora seja feita por meio de cartazes, fotos, convite das Agentes Comunitárias de Saúde, alguns profissionais da saúde e entre conhecidos e amigos, ainda não chegou de forma eficaz para os usuários.

Entretanto, da maneira que as práticas corporais estão estruturadas atualmente (espaço físico, horários, recursos humanos, materiais e financeiros), se houvesse um trabalho maciço e eficaz na divulgação, é bem provável que a UBS não comportasse a demanda de usuários interessados em participar das práticas corporais.

É necessário que haja um planejamento minucioso, participativo e de qualidade para que o serviço público não caia, mais uma vez, no descrédito da população.

### **Aspectos culturais da Medicina Tradicional Chinesa (MTC)**

Os aspectos culturais referente à Medicina Tradicional Chinesa é um elemento que não pode passar despercebido. Alguns usuários mencionam que gostariam de fazer atividades mais conhecidas e não tão lentas e contemplativas. Os usuários P5 e NP8 deixam isso muito claro ao dizerem que preferem outras atividades.

*P5 - Muitas entraram, muitas já saíram, e as que saíram disseram que não gostaram muito por ser uma atividade lenta, optaram por outras atividades.*

*NP8 - Porque eu nunca me interessei por esse tipo de atividade. Para mim é mais jogar bola, correr, fazer esses negócios.*

*NP8 - Eu acho que pra mim não dá certo.*

*NP8 - Tem muito jovem que não se interessa em fazer isso.*

*- Não é por causa da atividade? Do Tai Ch'i? Você não vem por causa disso?*

*NP8 – Como eu tinha te falado, futebol, uma corrida, eu vinha. Com certeza.*

As práticas corporais incorporadas na medicina tradicional chinesa (MTC) como o Tai Ch'i Pai Lin, Ch'i Gong e outras oferecidas pela UBS ainda não supre a idéia do "futebolzinho" e outras mais tradicionais que alguns usuários gostariam que estivessem presente.

*P8 - Estamos com uma idade avançada e precisaríamos de um futebolzinho!*

*- A senhora jogaria?*

*P8 - Eu tentaria.*

*- Mas futebol é muito mais rápido do que Tai Ch'i, sabia?*

*P8 - Tem que ser mais ligeiro.*

*- A senhora prefere assim?*

*P8 - Ta bom. O Tai Ch'i a gente só fica ali parada.*

*- Se a senhora tivesse que escolher entre uma coisa mais rápida e o Tai Ch'i, o que a senhora escolheria?*

*P8 - A mais rápida.*

*NP1 - Que tivesse? Ah, rapaz, eu não sei, ah, levantar peso, levantar, até o próprio bamboleio é bom para nivelar o físico. Entendeu? Levantar um pesinho, correr, dançar "catimi".*

*NP2 - Musculação, essas coisas. E ginástica, e a caminhada mesmo. Eu acho estas as mais importantes.*

*- E o que a senhora acha da ginástica? Da atividade física?*

*NP3 - Não sei. Eu gosto mais de caminhada.*

*NP6 - É, eu só participaria se fosse uma caminhada né, este outro Tai-Ch'i aí, estas outras coisas assim.*

*- E por que não?*

*NP6 - Não sei, não gosto.*

Assim como é importante para alguns que essas práticas estejam presentes por já serem procuradas por alguns usuários, também as práticas da cultura popular ocidental e brasileira não poderiam ficar alijadas. Nesse aspecto se faz necessário que os usuários tenham voz nas decisões. Não apenas tenham o espaço para fazer sugestões e reivindicações, mas estejam prontos e preparados para fazê-lo coletivamente.

DENTI (2000, p. 707) ressalta a importância da construção em conjunto. "A família, como um grupo social, possui habilidades articuladoras entre os seus membros e com os de outras famílias, possibilitando, desta forma, escolher o que consideram como sendo a melhor alternativa para o crescimento individual e do grupo."

### **5.7.2 - Medicalização - Três doses diárias de atividade física**

Neste tópico pretende-se discutir a maneira como o senso comum, influenciado pela mídia e propagandas contra os hábitos sedentários, acaba enxergando as práticas corporais, ou seja, pelo viés da medicalização – em três doses diárias de 10 minutos de atividade física. Deixando de lado toda uma discussão das ciências humanas e sociais voltadas à saúde, e focando-se na biomedicina e no controle dos riscos.

Muito se publica e discute sobre os benefícios da atividade física à saúde, mesmo que em pequenas doses. Frequentemente encontra-se na mídia e na voz dos próprios profissionais de saúde a relação da atividade física e a solução dos problemas de saúde, ou seja, tratado com o conceito reduzido de saúde e não o que se vem discutindo ao longo desse documento.

Tem sido reconhecido os benefícios da atividade física na vida dos praticantes, principalmente diante de algumas doenças e situações de risco como a hipertensão, diabetes, obesidade, doenças cardiovasculares, osteoporose, entre outras (PALMA, 2000), mas isso não pode ser situação *sine qua non* à resolução dos problemas de saúde e sua promoção.

A Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC), a Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH) e a Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN) (2006) publicaram as "V diretrizes brasileiras de Hipertensão Arterial". Neste documento encontra-se a atividade física no campo dos tratamentos não medicamentosos, recomendando habituar-se a prática regular de atividade física aeróbica por, pelo menos, 30 minutos por dia, 3 a 5 vezes na semana, o que poderia reduzir em 4 a 9 mmHg na Pressão Arterial Sistólica. A relação inversa entre a atividade física e a incidência de hipertensão arterial é mais



evidente com atividades de lazer e vigorosas. Entretanto, ganhos substanciais são obtidos com atividades acumuladas e moderadas.

A maioria desses estudos tende a perpetuar com a dicotomia saúde/doença, e enxergar na saúde apenas seu aspecto biológico, se que é possível pensar a saúde de forma dividida, fragmentada. Assim, o sedentarismo, mesmo não discutido de maneira ampla, como por exemplo, as razões de certa população ser ou não sedentária, acaba por ficar em evidência nessa maneira reduzida de entender a saúde.

Como se pode perceber, para uma área em crise e por muitos ainda desacreditada, a Educação Física por meio de alguns de seus estudiosos, aceitou bem a idéia da passagem da situação pouco significativa para a de "remédio" milagroso. Na segunda metade da década de 1980, a Educação Física brasileira entra em crise na discussão de ser ou não considerada ciência (BRACHT, 2000). A partir desse momento, os estudos voltados para a saúde se intensificam e bastante influenciados pelos trabalhos estrangeiros. Prova disso é o trabalho do Dr. Cooper já na década de setenta. Para o autor a inatividade já era a grande vilã da saúde: *"Na minha opinião, a inatividade é o maior vilão de todos. Geralmente, o regime recebe muita publicidade mas a inatividade deveria receber muito mais. Uma pessoa do tipo clássico, com propensão a sofrer das coronárias, é um tipo que gosta de comer demais e quase não faz coisa alguma. Se a família tiver antecedentes cardíacos, então o melhor seria recrutar seis de seus bons amigos como candidatos a lhe carregarem o caixão."* (COOPER, 1972 p.135)

Ainda nesta obra do Dr. Cooper encontra-se um exemplo clássico e que atualmente ainda é bastante difundido. Trata-se de um estudo do Dr. J. N Morris, em Londres, com trocadores de ônibus e motoristas revelando que *"... os motoristas sentados sofriam o dobro de ataques cardíacos dos condutores ativos."* (COOPER, 1972 p.136). Isso mais uma vez para afirmar os benefícios da aptidão física e seu poder preventivo e curativo. Ainda neste estudo encontra-se o fato de colocar sobre a pessoa a responsabilidade da sua vida ativa, idéia ainda vigente nas propostas e programas conhecidos, resultando no que chamou-se da "culpabilização" da vítima (PALMA,2001; NOGUEIRA, 2003).

Porém, nesse mesmo trabalho do Dr. Cooper encontram-se alguns cuidados para não encarar a aptidão física como remédio ou mesmo como a cura de todos os males, como é o caso da artrite, embora deixando clara a cura de muitos outros males.

*Hesito em recomendar o exercício como um tratamento de rotina para a artrite, porque há muitos casos em que a atividade pode agravar a moléstia. No entanto, este setor precisa de mais estudo, considerando a ocorrência deste mal – há mais do dobro de pessoas que sofrem de artrite do que do coração e as vítimas cardíacas não são poucas. Quando não há dúvidas em casos selecionados, creio que o exercício deverá ser uma das recomendações.*

*Se tudo isso dá a impressão de que o exercício é o Elixir Mágico do Dr. Cooper, para curar tudo desde a mordedura de cobra à de sogra, não é esta a minha intenção. Cura muita coisa e ajuda outra, mas não é a cura para tudo. Isso não existe.*

(COOPER, 1972 p.152 e 155)

Nesse processo de medicalização o próprio Dr. Cooper aborda o que seria uma das causas e toda essa situação de riscos e agravos. Declara a competitividade do povo estadunidense e, atualmente, sabe-se as possíveis conseqüências desse estilo de vida imposto pelo sistema social existente.

*A natureza dos americanos é gregária e competitiva. O americano típico detesta fazer qualquer coisa sozinho, e fará o que precisar num grupo, especialmente exercícios que ele nunca pensaria em praticar sozinho. Quando tem um amigo envolvido num jogo, o amigo passa a ser o inimigo. Fomenta a competição.*

(COOPER, 1972 p.159)

Muito sinteticamente, o processo de medicalização social pode ser visto como a expansão progressiva do campo de intervenção da biomedicina por meio da redefinição de experiências e comportamentos humanos como se fossem problemas médicos (TESSER, 2006).

NOGUEIRA (2003), dissecando a obra de Ivan Illich, nos leva a pensar a medicalização pelo reconhecimento de riscos a saúde. O risco é estabelecido por um padrão de comportamento socialmente esperado, ou seja, o correto é ter a atitude de prever e controlar riscos. Pensando dessa maneira, é possível ser advertido ou cobrado não por uma falta, mas unicamente pela imprudência ou falta de prever os riscos. A autonomia de reconhecer o risco transmite ao sujeito a responsabilidade de controlá-lo.

*"Assim, o risco pode dar lugar, na vida quotidiana, às expectativas de mudanças de estilo de vida em busca do saudável..."* (NOGUEIRA, 2003 p.197).

Os indivíduos acabam por cair numa malha que tecem novos riscos e assim esperam atitudes preventivas e de responsabilidade em medidas proativas no seu estilo de vida (NOGUEIRA, 2003). *"Mas é o próprio estilo de vida que paradoxalmente cria a realidade social de tais riscos, pela via simbólica da decisão legitimada socialmente, da mesma maneira que a necessidade cria o consumo, que cria a necessidade."* *"Assim, quem faz exercícios diários e segue uma dieta hipocolesterólica está simbólica e existencialmente criando o risco do enfarte ao mesmo tempo que se protege contra esse risco do ponto de vista do epidemiólogo"*. (NOGUEIRA, 2003 p.205)

As atitudes a serem tomadas pelo indivíduo exigem uma racionalidade do que irá perder e ganhar com sua decisão. Poderá trocar momentos de atividades agradáveis e até dinheiro ao fazer exercícios diários, mas poderá ganhar em sobrevivência e até fazer exercícios em companhia de pessoas agradáveis.

*"Portanto, ao fazer exercícios diários estou criando o risco de enfarte como elemento simbólico, disjuntivo entre o bem e o mal a sociedade de risco, e ao mesmo tempo tentando conjurar o perigo do enfarte que é uma mera ameaça. Se não faço nada disso, mantendo-me sedentário, não contribuo ao simbolismo dos riscos, mas assim mesmo a responsabilidade pelo risco pode*

*ser a mim imputada, simplesmente pelo fato de que esta é a norma social. Portanto, o risco é de minha responsabilidade desde o início, quer queira quer não, quer faça alguma coisa quer apenas espere quietistamente os acontecimentos.*" (NOGUEIRA, 2003 p. 206).

Nogueira trabalha o conceito de risco como um instrumento tanto de previsão quanto de responsabilização social. Para ele a noção de risco em saúde se articula a uma função moral de instrumento de responsabilização, transformada em culpabilização. Dessa forma, o autor critica o cuidado compulsivo do próprio corpo como um limite ao entendimento de que a vida é muito maior do que o controle e a prevenção dos riscos em saúde. A culpabilização pode gerar a procura da resolução dos problemas, ou seja, a medicalização dos riscos. Esse fenômeno gera um ganho considerável no mercado do *fitness e wellness*, no caso do que se chamou do estilo de vida saudável, uma vez que é o tipo do risco que comanda e impõe o comportamento-padrão (NOGUEIRA, 2003).

Ainda segundo Nogueira, na situação contemporânea cuja medicalização da vida sob a ótica dos riscos precisa cada vez menos do comando direto dos médicos, os estilos de vida saudáveis, no campo da chamada promoção da saúde, são adotados para evitar riscos, e são moldados conforme o que as pessoas lêem das pesquisas clínicas e epidemiológicas divulgadas pela mídia e manuais de auto-ajuda.

Assim, pode ocorrer de muitos usuários da UBS "Vila Dalva" não estarem engajados nas práticas oferecidas porque ainda não se vêem ameaçados ou em situação de risco até o momento.

Desta forma, a medicalização por meio da atividade física, ou até dos programas de exercícios físicos está presente no censo comum, na academia, na mídia e nos serviços de saúde.

Quando foi perguntado aos usuários se a atividade física fazia bem para a saúde, pode-se perceber nas respostas que o conceito ampliado de saúde não faz parte do cotidiano da população e que, mesmo não sabendo muito bem o que seja saúde, seus benefícios são estabelecidos por diminuição de dores, desaparecimento de doenças, "injeção" de ânimo, dentre outros.

*P1 - Ah, eu gosto muito, eu gosto.*

*P1 - Porque parece que eu perdi minha barriga. (risos)... fiquei mais magrinha um pouco.*

*P1 - É melhor porque a gente parece que fica com mais disposição, tira muita dor do corpo, tira muita dor do corpo também, eu estava com muita dor no joelho e saiu muito.*

*P2 - Nossa! Melhorou bastante! Eu não erguia esse braço. Agora eu consigo estender.*

*P2 - Eu me movimento bastante. Trabalho bastante na igreja, subministro eucaristia. Tenho muito trabalho.*

*P3 - Nos deixa muito mais espiritualizada! Tem gente que vai lá e não sabe que tem alma! Não tem essa noção do ser. Cabeça, corpo. Não sei se você reparou. Toda dura! Não sabe. Eu já não sou tão dura. Você reparou?*

*P3 -... não é que a gente não se preocupe com isso, mas tem que se preocupar com a saúde. Não é tanta preocupação com a estética. Você quer se sentir bem quer estar com a saúde em dia. A minha pressão estava oscilando e eu não tive mais problemas.*

*P4 -(...) eu consegui relaxar bastante, eu consegui resolver muitas situações, ser mais calma do que eu sou.*

*P4 - Isso, eu tinha problema de colesterol que eu nunca conseguia abaixar, eu comecei a fazer tratamento aqui no postinho, o meu colesterol abaixou, não precisei tomar remédio mais...*

*P5 - Quando eu me mudei para cá fiquei meio traumatizada com o bairro, com o lugar, eu não conhecia ninguém e agora eu já estou me enturmado, estou me sentindo mais tranqüila.*

*P5 - Fiz bastante amizade, já conheço bastante gente.*

*P5 - Mudou! Ajudou mais. Sinto-me bem melhor fazendo Tai Ch'i. Tanto na parte física quanto na parte psicológica. Antes eu era muito acelerada, sabe? Ansiosa. E agora estou mais calma. Paro e penso.*

*P6 - Eu estava ruim da coluna e passei no ortopedista e ele me indicou esse tratamento para eu fazer no posto e depois o posto me encaminhou para a igreja.*

**P6 - Eu estava ficando toda dura. Tinha uma dor na perna que parecia que meus nervos estavam encolhendo. Quando meu corpo esquentava ficava melhor, mas quando estava frio era muita dor. Depois que eu comecei a fazer a ginástica parece que o nervo esticou. Parece que ele queria encolher e agora ele esticou.**

**P6 - Para mim foi ótimo, porque eu sentia muitas dores, e elas desapareceram! O médico disse que eu não posso parar, se eu para vai voltar.**

**P7 - Agora não sinto tanto cansaço.**

**P7 - Agora eu consigo deitar no tapete da sala e fazer ginástica.**

**P8 - Tenho mais disposição para caminhadas. Agora eu chego em casa bem mesmo depois de caminhar.**

**NP1 - Mas rapaz, e tem uma receita melhor do que atividade física? Melhor para a saúde? Nossa senhora, atividade física é uma maravilha.**

**- Por que o senhor acha que faz bem?**

**NP1 - Porque no dia que eu ando bastante, na mesma hora que eu chego cansado, cansado, "Aí como eu estou cansado", mas no outro dia amanheço com vigor dobrado, no outro dia amanheço mais, com mais vontade de fazer.**

**NP1 - É maravilha rapaz, maravilha. Você sabe que a ginástica, a ginástica além dela revigora a saúde da gente, ela faz crescer, a ginástica faz soltar estas "gordureira", estas águas que a gente tem solta na barriga, ela tira tudo. A ginástica é uma maravilha.**

**NP1 -... eu aconselho todo mundo que faça ginástica, que a ginástica é o modo principal da vida saudável da pessoa. Certo?**

**NP2 - É muito bom para a saúde, muito bom para a saúde. Gasta menos, o Governo gastaria menos em medicamentos (Risos), se ele desse atividade para as pessoas.**

**- A senhora acha que ginástica faz bem para a saúde? Por quê?**

**NP3 - Eu acho. Porque é bom movimentar o corpo. Mas eu não gosto!**

*- O senhor acha que atividade física faz bem para a saúde?*

*NP4 - Faz!*

*- Por que o senhor acha que faz?*

*NP4 - É a mesma coisa que o trabalho. É terapia. Você tem que ocupar sua mente.*

*- E a senhora acha que atividade física faz bem para a saúde?*

*NP5 - Claro.*

*- Por quê?*

*NP5 - Nossa Senhora! Muita coisa! É ótimo, nossa, no meu caso né, estou super obesa, ajudaria a emagrecer, entendeu? Ia melhorar o meu físico, minha respiração, eu obesa, fumante e não fazer nada, só cuidar de casa, então, você imagina!*

*NP5 - Eu sei que para mim ia ser excelente, ia melhorar assim meu físico 100%, mas... Eu primeiro eu tenho que melhorar a mente.*

*NP6 - Melhora tudo no organismo né, diminuiu colesterol, pressão alta, ajuda a diminuir diabetes também, um pouco de controle de tudo, ajuda em tudo, beneficia todo organismo né. Se os médicos mandam a gente caminhar que é para melhorar o organismo, tem tudo a ver, faz parte da área de saúde.*

*NP6 -... eu estou com um pouquinho de colesterol, tenho pressão alta, a doutora S. e o Dr. G. que me mandou caminhar.*

*NP7 - É, a gente vê falar e faz né, porque a pessoa se movimentar né, é bom mesmo, o que a gente vê na televisão, vê nos esportes né.*

*- Você acha que fazer atividade física faz bem para saúde?*

*NP8 - Faz. Com Certeza. Não sei dizer o porquê, mas sei que faz bem "pra caramba".*

*NP9 - eu gostava porque diminuiu o remédio da pressão, eu tomava o remédio 3 vezes ao dia e chegou dia que sem o remédio minha pressão estava 12 x 8. Para mim essa é uma vantagem muito grande.*

*Também porque a gente tem com quem conversar e isso faz muita diferença. Atualmente tá ruim porque em casa a gente fica parada, dá preguiça. Também diminui o remédio do colesterol.*

Em muitos depoimentos foi observado que o resultado de freqüentar as práticas oferecidas pela UBS foi a diminuição ou desaparecimento de dores, relaxamento, domínio próprio, bem como uma poção do ânimo para os afazeres cotidianos.

Ratificando essa idéia, o que confronta a idéia de prática corporal como instrumento da promoção da saúde na atenção básica, encontra-se no trabalho de FRAGA (2006) a discussão sobre o programa *Agita* promovido pelo Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul (CELAFISCS) e que reproduz os estudos do acúmulo de um tempo específico de atividade física diários para a saúde do indivíduo, ou seja, 30 minutos de atividade física, mesmo não contínuos, mas em 3 partes/porções de 10 minutos acumulados durante o dia (MATSUDO, 2005; ANDRADE, 2001; PATE, 1995). Ainda no trabalho de Fraga encontra-se a discussão do "Agitol", "medicamento" que incentiva o indivíduo a sair do seu estado de sedentário na proposta do *Agita*.

FRAGA (2006) no capítulo SEDENTARISMO TEM REMÉDIO cita a série especial "Atitude Saudável" que foi transmitida em horário nobre pelo Jornal Nacional, da Rede Globo, entre os dias 29 de dezembro de 2003 e 02 de janeiro de 2004.

*Diabetes, hipertensão, obesidade. São as chamadas doenças de base que levam ao infarto. Nas farmácias, existem medicamentos pra cada um desses problemas. E se você não sabe, existe um remédio capaz de combater todas essas doenças. E tem nome: agitol. Esse você não encontra nas farmácias. Vem sempre numa caixinha sem nada dentro. É só uma caixinha, apenas um jeito criativo de incentivar as pessoas a fazerem atividade física. Um comprimido imaginário, mais meia horinha de caminhada e ninguém poderá te chamar de sedentário.*

JORNAL NACIONAL, 2004



FRAGA (2006) afirma que o "AGITOL" foi a fórmula encontrada pelo programa *Agita São Paulo* para estimular à vida ativa "aqueles 'doutores' e pacientes que só acreditam em medicamentos" (CELAFISCS, 2002d, p.61; In: FRAGA, 2006 p. 139). Consiste em uma caixinha semelhante às de medicamentos convencionais e dentro encontra-se uma "bula" com *indicações, advertências, informações técnicas, reações adversas, posologia*, dentre outros.

SOARES (2001), já nos mostra que associar a idéia da atividade física como remédio e prevenir doenças não é novidade. Os exercícios ginásticos já eram receitados no início do século XIX "*para curar os homens de sua letargia, indolência, preguiça, imoralidade*" (SOARES, 2001, p.6).

### **5.7.3 - Participação Social**

MARCONDES (2004) ressalta que a participação social encontra dispositivos que regulamentam o próprio Sistema Único de Saúde (SUS) principalmente no que se refere aos processos decisórios e ao controle social. "*Na perspectiva da promoção da saúde, a participação social também está colocada em bases de mobilização, onde a capacitação e o desenvolvimento de estratégias de ação visam articular a população para maior controle sobre sua saúde e suas condições de vida, tanto no campo individual como no coletivo. Sem que isso ocorra em detrimento da assistência de qualidade por parte das políticas e serviços de saúde*" (MARCONDES, 2004, p.12).

Os usuários de forma geral não participam efetivamente no processo de promoção da saúde da população local referente à UBS Vila Dalva. Alguns motivos como o culturalmente adquirido, ou seja, a situação de acomodação ou conformismo frente a uma situação determinada - isso se faz presente até por integrantes do conselho gestor e acabam por não discutir ou dar sugestões por mudanças efetivas para a região. Há também aqueles que não dão sugestões nas aulas por falta de tempo para troca de idéias e discussão sobre os problemas do grupo e suas possíveis causas, mesmo não gostando da forma

que as aulas são encaminhadas ou mesmo querendo outras possibilidades de práticas. Isso por não haver tempo hábil para discussão, dentre outros motivos.

Segundo GOHN, um dos pressupostos gerais que sustentam a participação é:

*“É no plano local, especialmente num dado território, que se concentram as energias e forças sociais da comunidade, construindo o poder local daquela região; no local onde ocorrem as experiências, ele é a fonte do verdadeiro capital social, aquele que nasce e se alimenta da solidariedade como valor humano. O local gera capital social quando gera autoconfiança nos indivíduos de uma localidade, para que superem suas dificuldades. Gera, junto com a solidariedade, coesão social, forças emancipatórias, fontes para mudanças e transformação social.”*

(GOHN, 2004 p.24)

Parece que a tradição brasileira de que as classes menos favorecidas obedeçam e pouco exponham suas opiniões e desejos continua nas periferias da cidade. A idéia de estamento estaria outra vez à luz da realidade da periferia.

*“Constitui uma forma de estratificação social com camadas sociais mais fechadas do que as classes sociais e mais abertas do que as castas (tipo de sociedades ainda presentes na Índia, no qual o indivíduo desde o nascimento está obrigado a seguir um estilo de vida pré-determinado), reconhecidas por lei e geralmente ligadas ao conceito de honra. Historicamente, os estamentos caracterizaram a sociedade feudal durante a Idade Média.*

*Na obra de Max Weber, o conceito de estamento é ampliado. Passa a significar não propriamente um corpo homogêneo estratificado, mas sim uma certa teia de relacionamentos que constitui um determinado poder e influi em determinado campo de atividade.”<sup>5</sup>*

Enfim, segundo Demo, participação é conquista, ou seja, é um processo para se adquirir e não receber, é se rebelar contra o *status quo*, é querer e ter

<sup>5</sup> Conceito de Estamento. Retirado de "<http://pt.wikipedia.org/wiki/Estamento>" Categoria: Sociologia  
Acesso em 09/03/2007

poder para mudanças, é ter compromisso, se envolver, se arriscar por si e pelo outro. Assim, ou a população periférica se organiza e conquista seu espaço, seja nas práticas corporais, na UBS, ou da sociedade; ou ficará na situação atual, pois ninguém lhe dará o poder da participação (DEMO, 1988).

### **O desconhecimento de outros grupos**

A maioria dos usuários conhece, ou pelo menos sabe o nome da prática em que está inserido, embora outros nem isso saibam. A idéia é fazer da prática algo importante, um momento para cuidar de si e não o seu conteúdo propriamente dito, embora a idéia de grupo e os benefícios trazidos para os participantes esteja bem clara para alguns.

Todos os usuários, de alguma maneira, expressaram ser importantes ou gostar do grupo, entretanto, a maioria deles não age coletivamente. Poucos falaram em se unir, fazer protestos ou abaixo-assinado caso as práticas corporais deixassem de ser oferecidas pela UBS, ao contrário, declaravam em buscar em outros lugares ou de realizarem as práticas corporais sozinhos.

*P1 - Só os dois. E quando a gente estava também na terceira idade tem uma menina que dava ginástica para a gente, mas a ginástica da menina eu não sei nem o nome da ginástica dela, mas ela só vinha de quinze em quinze dias. Mas eu não sei o nome da ginástica dela, porque eu esqueço, eu sou muito esquecida.*

*- E a senhora sabe quais são as outras atividades daqui, fora o Lian Gong?*

*P2 - Não sei não.*

*P3 - Tem a L. com o Ch'i Gong, a A. com o Tai Ch'i, e tem o Lian Gong, que eu não faço, mas eu sei que tem. Não faço porque coincidem os dias.*

*- Então a senhora sabe da caminhada. E o seu qual é? A senhora lembra o nome da ginástica?*

*P6 - Não. É com a L.*

*- A senhora não lembra o nome da ginástica?*

**P6 - Não. Mas são dezoito exercícios. Aquele lá que você viu na igreja. São duas vezes por semana. Segunda e quarta. Aqui tem muitas atividades boas, mas não dá para aproveitarmos por causa da correria do dia.**

**-... você sabe que dão caminhadas, mas tem outra ginástica que o senhor conhece que eles dão também?**

**NP1 - Não, eu não conheço.**

**NP1 - Eu nunca vi. Onde é que tem atividade no posto?**

**- A senhora saberia me dizer quais são as atividades que eles oferecem?**

**NP2 - Não, eu acredito que são exercícios físicos, caminhada, mas eu não nunca participei.**

**NP2 - Eu acredito que não, acredito que não tenha, eu nunca vi isso aí, trabalhos manuais, estas coisas, mas deveria ter, deveria... Ah, vai ter um curso de pintura, ou vai um curso de corte e costura, a gente quer aprender em qualquer idade, especialmente aí que pega uma boa parte dessa favela né, então, pessoas que não têm dinheiro para estar pagando cursos e etc., mas que gostaria de fazer. Ou outras que sabem e gostariam de ensinar. Eu sei fazer biscuit, eu aprendi...**

**- A senhora sabe que o posto oferece atividades físicas, não sabe?**

**NP3 - Sei.**

**- E quais são as atividades que eles oferecem? A senhora sabe?**

**NP3 - Não sei. Eu não participo disso no posto.**

**NP5 - Ah, tem caminhada, tem Tai-Ch'i né, tem... Ah, tem um monte de coisa, eu não lembro agora. Tem, deixa eu ver... Tem caminhada, tem Tai-Ch'i... Ah, não lembro de tudo agora não.**

**- O senhor sabe que lá no posto eles oferecem atividade física?**

**NP6 - Sim.**

**- E o senhor sabe me dizer quais são?**

**NP6 - Não, eu não sei. Acho que Tai-Ch'i, alguma coisa assim.**

**- Você sabia que o posto oferece atividade física?**

**NP8 – Não sabia não. Ah, eu já vi a moça fazendo lá embaixo, perto da quadra.**

**P3 - Acho que faríamos um abaixo assinado. Falar com o prefeito! E se não conseguisse tentaria conseguir as apostilas e tentaria fazer sozinha.**

**P3 - O grupo não é unido. Antes a gente falava bom dia e elas nem respondiam.**

**P4 - Aí eu acho o que grupo correria atrás né para ver o que estava acontecendo aí, para voltar alguma delas voltar, porque é muito bom.**

**- Você acha que o grupo se organizaria?**

**P4 - Ah, com certeza.**

**P4 - Acho que iam fazer passeata por aí né, sem prejudicar ninguém.**

**P4 - Iamos censurar né.**

**P5 - Porque não dá para ficar só parada, sentada assistindo televisão! A gente vai engordando e ficando desse tamanho! Não dá!**

**- Então se um dia o posto resolver acabar com as atividades o que você acha que o grupo faria?**

**P5 - Eu acho que eu procuraria outra coisa para fazer. Ou em outra instituição, ou Tai Ch'i, ou ginástica. E são muitas pessoas, e na realidade uma fala para a outra das atividades e convida.**

**P6 - A gente ia gritar batendo numa lata: "por que acabou?" A gente tem que fazer alguma coisa! Não pode acabar. Está muito bom. O pessoal aqui é muito carente! Tem muitas coisas boas por aí, mas tem que ter dinheiro e aqui não! É um projeto muito bom que a prefeitura lançou.**

**- E se o posto não oferecesse mais nenhuma atividade?**

**P8 - Terei que fazer sozinha.**

**- A senhora faria sozinha, ou desistiria?**

**P8 - Eu faria. Pelo menos a caminhada tem que fazer.**

**- E o grupo? O que a senhora acha que o grupo faria?**

**P8 - Eu não sei.**

*NP7 - Vai ver que fizeram o pedido né, porque quando a gente quer que faz um negócio a gente tem que fazer abaixo-assinado, para o pessoal fazer né, então.*

*- Aqui o pessoal faz abaixo-assinado para as pessoas?*

*NP7 - Ah, faz, quando quer, até os ônibus mesmo quando os ônibus começam a passar lá embaixo a gente junta pessoal aí para fazer abaixo-assinado para subir aqui em cima.*

Embora ocorra o discurso da importância do grupo para os participantes das práticas, na prática o aspecto individualista acaba preponderando. Pode-se perceber isso também nas respostas referentes às práticas corporais que não são aquelas praticadas pelo usuário entrevistado. Geralmente esse não conhece as práticas corporais oferecidas em outros horários e locais.

Algo semelhante ocorre por parte dos não-participantes, uma vez que não estão engajados nessas práticas, não há interesse em saber, mesmo fazendo parte do conselho gestor da UBS.

Porém, alguns poucos usuários, participantes e não-participantes, pensaram em se organizar ou fazer algum tipo de manifestação na busca de não perder o direito da vida com qualidade.

### **Sugestões? – Eu nem sabia que podia!**

A falta de participação social é tão presente que nem nas sessões das práticas corporais o usuário tenta transformar sua realidade. De maneira macro isso também é verdade. Não sabem, não são estimulados e nem preparados para fazer tal coisa.

Os usuários não-participantes estão em igual situação. Embora alguns deles tenham certo relacionamento nas atividades da UBS, ainda não é o suficiente para pensar em participação social. Sem essa concepção será impossível colocar em prática os objetivos da Promoção da Saúde.

*NP5 - O ser humano é filha da mãe, e não é unido, a pessoa está precisando mas não se une, tem muitas coisas que poderia melhorar mas não consegue porque as pessoas não se unem, não são unidas. Nas*

*reuniões de gestores a comunidade pode participar, é raro você ver alguém da comunidade, é muito difícil. E quando chega na reunião é só para falar abobrinha, sabe?*

*NP2 - Mas nunca pensei em fazer sugestão.*

*- Está bem. Mas tem algum motivo especial...*

*NP2 - Não.*

*NP2 - (Risos) Eu nem sabia que podia.*

*NP2 - Não é nada fácil né, tudo é, difícil, complicado, mas é mexendo aí que um dia chega né, senão, se todo mundo tem a idéia mas fica quieto, guarda para si, nunca vai acontecer nada.*

*NP2 - Ah, não sei nem se posso, não sei nem as possibilidades que eu teria. Eu vou lá na praia eu invento uma coisa por minha conta, eu faço, convido uma e outra, agito, mas aqui é diferente né, aqui tem uma diretoria, tem que falar com fulano, sicrano, não é fácil, não é fácil chegar lá e falar: "estou cheia de idéias, e vim colocar". Não é assim.*

*- A senhora já fez algum tipo de sugestão lá no posto?*

*E se por acaso a senhora fez como o pessoal viu isso?*

*NP3 - Na ginástica?*

*- É.*

*NP3 - Não. Nunca fiz. Mas acho que tudo o que eles marcam para fazer é bom. Eu não posso resolver para eles.*

*- O senhor já fez, quando vai ao posto, já fez algum tipo de sugestão de mudar horário, aumentar horário, qualquer tipo de sugestão com relação a isso?*

*NP6 - Não, nunca fiz.*

*- Por que não fez?*

*NP6 - Sei lá, a gente está sempre ocupado com as coisas para o dia-a-dia eu não pára muito para pensar às vezes nestas outras partes né, mais é por isso, não por nada.*

*- E o senhor já deu esta sugestão ou deu alguma outra sugestão para alguém lá no posto?*

*NP7 - Não, não.*

*- Por que não deu?*

*NP7 - Por que... É que quase não vou no posto, então, aí também, o pessoal, acho que se passar perguntando assim, a pessoa, acho que...*

*NP9 - Nunca dei sugestão. Porque ninguém escuta o que a gente fala. Eles escutam por um ouvido e sai pelo outro.*

Pode-se perceber, tanto em situações cujos usuários poderiam se organizar numa possível situação da perda das práticas corporais oferecidas pela UBS, uma vez que isso lhes foi perguntado, quanto na possibilidade de dar sugestões para melhorar ou transformar o meio em que vive, a situação mais presente é a de cada um cuidar de si mesmo e pensar coletivamente ainda não é uma realidade, mesmo com mudanças ocorridas na comunidade local devido a chegada e o trabalho do Programa de Saúde da Família.

Como já foi visto em BYDLOWSKI et al. Ainda será preciso mudar conceitos para viver a promoção da saúde efetivamente.

### **Mudança na vizinhança**

Como exposto acima referente às idéias de DEMO (1988), perguntou-se aos usuários de perceberam algum tipo de mudanças na região onde moram, seja esta mudança física como infra-estrutura, iluminação, melhoria em calçadas, policiamento, ou mesmo em mudança comportamental dos próprios usuários, após a implantação das práticas corporais. Com essa pergunta buscou-se verificar se, de alguma forma, as práticas corporais oferecidas na UBS, dentro do Programa de Saúde da Família, contribuíram para a promoção da saúde da região, uma vez que isso viria por meio da participação dos usuários.

*P1- É tudo a mesma coisa né. Não mudou nada, tudo igual.*

*P3 - Eu não senti. Eu não sei.*

*P4 - Sei, sei. Olha, eu creio que acho que não, nesta parte aí eu acho que não melhorou não o bairro não. Continua a mesma coisa.*

*P5 - Do bairro? Eu acho que não, porque eu não saio muito daqui.*



*P7 - Eu não tenho muita certeza, mas acho que mudou sim. Ali embaixo tinha um lixão e agora limparam e fizeram um campo de futebol.*

*NP1 -... mas a respeito disso aí da ginástica assim, da rua, de melhoramentos, eu não posso opinar muito não porque eu não sei, não adianta eu falar aqui...*

*NP2 - Isso eu não sei dizer porque eu não acompanho, mas eu acredito que tem sido assim, muitas pessoas têm sido beneficiadas, pessoas que não saem de casa ...*

*NP3 - Para falar a verdade não acho que melhorou não. Isso seria bom se ocorresse, mas infelizmente não cuidam de nada.*

*NP5 - Eu acho que não, eu não sei, mas acho que não, não sei te dizer, mas eu acho que não. Imagina, eles iam pensar? Jamais em montar academia, é ruim hein, estamos no Brasil menino! (risos)*

*NP5 - Assim, o que eu posso responder é isso, no geral, do urbanismo, nada, continua tudo igual. E quanto às pessoas, não sei te responder né, porque não participo, mas como eu falei, é uma turma metida a besta que eu acho que não, assim, pode ter mudado o relacionamento entre agentes e as pessoas que fazem, agora, entre eles, aí não sei te dizer.*

*NP8 - Que eu saiba não. Que eu saiba, acho que não. Até agora, pra mim, está tudo a mesma coisa.*

*NP9 - Não mudou nada. Melhorou a saúde das pessoas que fazem. De infra-estrutura porque as pessoas vão caminhar no Parque dos Príncipes, e lá é um bairro para ricos. Não tem um buraco, não tem nada. Você anda só no plano. Têm árvore, lá é bom, eu gosto de lá.*

Verificou-se que as práticas corporais em si não resultaram, na visão dos usuários, em melhorias para a região. Alguns entrevistados até acharam modificações no comportamentos das pessoas, o que parece ser um bom sinal. Porém, um detalhe em determinada entrevista chama a atenção. A usuária diz que mudanças aparentes foram percebidas após a chegada da UBS no local e

com a proposta do Programa de Saúde da Família. A questão é: será que as práticas corporais não estão dentro das idéias estabelecidas pelo PSF? Se não estão, qual o motivo, por que ainda não?

*NP5 - Assim, das atividades, é como eu te falei, não sei te responder, mas depois que começou este programa dos agentes de saúde, aí sim, vejo que melhorou muito. Você entendeu? Porque os agentes também, eles brigam pelos usuários, porque antes, para você conseguir uma consulta você tinha que chegar no posto cinco horas da manhã, ficar naquela fila imensa, às vezes você ficava na fila e você não conseguia marcar consulta, você entendeu? Então, agora já não, agora já está aquele negócio, equipe verde é das, de tal dia às quatro horas, então você vai lá, você agenda para a próxima semana, antes você ia lá, você marcava a consulta para daqui dois ou três meses, e quando chegava no dia da consulta você tinha até esquecido que tinha consulta. Entendeu? Eu acho que nisso melhorou, mas não assim, atividade física no geral, foi depois que entrou esse programa das agentes no posto, aí sim. Você vê que melhorou bastante, mas você vê que tem aquelas pessoas que chega cedo, porque acham que chegar cedo vai conseguir marcar, não, você chegar naquele horário você consegue marcar consulta já para a próxima semana, isso eu acho bom. Eu acho que melhorou isso, mas não pela atividade, mas sim pelo programa que foi implantado.*

Como no movimento dinâmico da globalização cujos países dantes explorados, atualmente estão renegados à indiferença, marginalizados, aprofundando as grandes desigualdades entre países desenvolvidos e em desenvolvimento, a região de estudo vive algo semelhante. A diferença social entre os moradores do condomínio Parque dos Príncipes, da população do bairro Vila Dalva e os moradores da favela da Vila Dalva é um exemplo concreto. Cada segmento vive separado do outro e muito pouco se conhecem e se relacionam, mesmo em um perímetro relativamente pequeno.

Assim, dando continuidade ao proposto em Ottawa, um dos pressupostos da Declaração de Jacarta para a promoção da saúde está em desalinho:

**Aumentar a capacidade da comunidade e o poder dos indivíduos para controlar as ações que pudessem interferir nos determinantes de saúde. (BRASIL, 2001).**

Como chegar à promoção da saúde se a população está dividida socialmente no mesmo local, não estão acostumadas e nem são estimuladas a dar opiniões e a participar? As práticas corporais têm contribuído para chegar ao objetivo da promoção da saúde? Finaliza-se este capítulo com Martins e Bógus (2004) "Uma questão fundamental é o entendimento de que inclusão e participação implicam em conhecer, comunicar, dialogar e deliberar com o outro." (MARTINS E BÓGUS, 2004, p.46)

Enfim, analisando as práticas corporais como estão sendo oferecidas, percebe-se que não estão de acordo com as propostas e diretrizes do Programa de Saúde da Família, por ainda não estarem, de forma eficaz, voltadas para a família, mas dando ênfase na doença.

Entretanto, as práticas corporais da Medicina Tradicional Chinesa, por características próprias, levam o usuário participante a condições que vão além da aptidão física, apontando para as características conceituais de Práticas Corporais apresentada no capítulo 1 (página 26).

Porém, o baixo envolvimento comunitário e a falta de espaço para discussões e reflexões e a reprodução da forma medicalizante de enxergar e trabalhar as práticas corporais, não contribuem para o processo de promoção da saúde.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Este trabalho buscou a visão dos usuários uma vez que eles são os protagonistas da sua saúde e fundamentais no processo de co-participação e co-responsabilidade na promoção da saúde.

Recuperando a história da educação física pôde-se perceber o papel relevante que exerceu no processo de eugenia e higienização da sociedade. Hoje, ele atua a partir de outras bases na tentativa de buscar reconhecimento como sub-área das ciências de saúde.

Por meio da visão reducionista da saúde e do movimento humano com as atividades físicas e exercícios físicos, pautadas na biomedicina, alguns pesquisadores da área da educação física apropriam-se do discurso de tirar o homem da situação do sedentarismo e oferecem como medicalização, propostas de atividades físicas e exercícios físicos, deixando a cargo do indivíduo a responsabilidade dos custos e da prática

Entretanto, é nessa busca, que como na medicina e outras áreas, a educação física começa a se especializar cada vez mais. Não enxerga o ser humano como um todo: divide as áreas de trabalho e os clientes por faixas etárias ou portadores de doenças (cardiopatas, hipertensos, diabéticos, idosos, e outros).

Por meio dos dados levantados, é no mínimo discutível a implantação da educação física nas Unidades Básicas de Saúde, o que não quer dizer que não deveriam atuar na atenção básica, ou seja, em trabalho de equipes multisetoriais com a proposta das práticas corporais. É possível também imaginar atuações de atividades físicas estruturadas no nível terciário, por exemplo, no trabalho com reabilitação de pacientes submetidos a intervenções cirúrgicas.

Atualmente, o que existe em algumas Unidades Básicas de Saúde é o oferecimento de algumas práticas corporais, algumas mais conhecidas como a caminhada, exercícios de alongamento, e outras mais "novas" como o Tai Ch'i Chuan, Tai Ch'i Pai Lin, Lian Gong, Ch'i Gong, Meditação Ativa, dentre outras. As práticas corporais advindas da Medicina Tradicional Chinesa já são

realidades em muitas UBS, e a UBS Vila Dalva é uma delas. Tem como um de seus objetivos, já que inseridas na atenção básica, a promoção da saúde.

Com este trabalho pode-se observar como estão sendo encaradas as práticas corporais na UBS Vila Dalva no âmbito da promoção da saúde. Verificou-se a medicalização como idéia recorrente, tanto para usuários como para profissionais. Mas é na visão dos usuários, participantes e não-participantes, que se evidencia que a promoção da saúde ainda não é realidade pelas três categorias levantadas decorrentes da recorrência de idéias obtidas das entrevistas: Participação Social, Medicalização e Acessibilidade.

Os usuários entrevistados, até por conta da história do país, não têm o hábito de participar, de reclamar, dizer o que pensa, o que quer, o que lhe aflige, e também, como raramente foi procurado para auxiliar na resolução de problemas da comunidade, não tem consciência de que é peça fundamental desse processo. Nos serviços oferecidos pela UBS esses elementos de participação deveriam ficar claros para a maioria dos usuários, mas por algum motivo isso não ocorre, e o grande responsável por esse papel, geralmente é o que menos conhecimento tem, que é o Agente Comunitário de Saúde. Nas práticas corporais oferecidas, falta tempo suficiente para discussão, conversas, troca de idéias, construção coletiva, mesmo que da própria aula, uma vez regida por movimentos padronizados e alguns até conduzidos por um sistema de áudio específico.

O fato das práticas corporais oferecidas não serem pagas pelos usuários, remete como ponto mais desenvolvido no ponto de vista da acessibilidade para a participação das sessões das práticas corporais. Entretanto outros pontos acabam por não ter o mesmo resultado como é o caso dos horários oferecidos. Esses não contemplam uma grande parcela da população e por sua vez acabam por estabelecer grupos determinados de participantes, o que leva ao afastamento ou não-adesão de outros. Enfim, é preciso repensar as práticas corporais oferecidas já que estão inseridas no Programa de Saúde da Família buscando a Promoção da Saúde.

As práticas corporais convergem para os ideais da atenção básica por meio do Programa de Saúde da Família, que por sua vez pensa a saúde focada no indivíduo e na sua família e não no modelo biomédico e da doença.

Trata-se de uma atuação mais generalista, ou seja, não é o técnico de basquete, ou o especialista em corrida ou aquele especializado em atuar com cardiopatas, diabéticos ou hipertensos, mas é aquele que recebeu formação para atuar na atenção básica, tem conhecimento técnico, mas compreende que não é detentor da verdade, ensina e aprende ao mesmo tempo, dá oportunidade e condições por meio das práticas corporais em que o indivíduo e a comunidade se empodere, participe e se transforme. Porém, esse tipo de formação não é amplamente encontrado nas faculdades.

O que se pode afirmar é que os usuários entrevistados, por obterem apenas as informações passadas pela mídia e pelo senso comum, querem consumir as atividades físicas e os exercícios físicos, por algumas razões, entre elas: como remédio; como forma de diminuir a distância entre as classes sociais; para não ser responsabilizado por uma possível enfermidade. Disso decorre que há falta de atuação na dimensão do processo de promoção da saúde.

## **REFERÊNCIAS**

Andrade, DR. Atividade física e promoção da saúde: conhecimento e prática dos profissionais de saúde das unidades básicas de saúde do município de São Caetano do Sul – São Paulo. [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2001.

Bardin, L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70, 1988.

Bógus, CM; Westphal, MF. Participação Social. Coletânea Cepedoc, 2007. No prelo.

Bracht, V. Educação física & ciência: cenas de um casamento (in)feliz. Campinas. Rev. Brasileira de Ciências do Esporte. 2000; v.22, n.1: p. 53-63.

Braid, LMC. Educação física na escola: uma proposta de renovação. Rev. Brasileira de Promoção da Saúde. 2003; v.16 (1/2), p. 54-58.

Brasil. Ministério da Saúde. Promoção da saúde, Declaração de Alma-Ata, Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de Santafé de Bogotá, Declaração de Jacarta, Rede dos megapaíses, Declaração do México. Brasília. 2001a.

Brasil. Ministério da Saúde. Série Pactos pela saúde 2006. Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. v. 1. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

Brasil. Ministério da Saúde. Série Pactos pela saúde 2006. Política nacional de promoção da saúde. v. 7. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

Brasil. Rev. Brasileira de Saúde da Família. Ministério da Saúde. Brasília. 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Manual para Organização da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. Portaria Nº 3.925, de 13 de novembro de 1998.

Brasil. *Norma Operacional da Assistência à Saúde / SUS - NOAS-SUS 01*. 2001b.

Brasil. *Norma Operacional Básica do SUS*. Diário Oficial, Seção 1(Of.nº1.624/96), 6 nov 1996. p.22.932-22.940.

Brasil. Ministério da Saúde. *Programa Saúde da Família*. <http://www.saude.gov.br/psf/programa/index.asp>

Bydlowski, CR; Pereira, IMTB; Westphal, MF. Promoção da saúde. Porque sim e porque ainda não! Rev. Saúde e Sociedade. 2004; V.13,n.1, p.14-24.

Canguilhem,G. O moral e o patológico. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

Carvalho, YM. Promoção da saúde, práticas corporais e atenção básica. Rev. Brasileira de Saúde da Família. 2006: Ministério da Saúde. Brasília

Carvalho, YM. Atividade Física e Saúde: Onde está e quem é o "sujeito" da relação? Revista Brasileira de Ciências do Esporte, v 22: n.2 p. 9-21, jan 2001.

Caspersen, CJ. Physical activity epidemiology: concepts, methods, and applications to exercise science In: Exercise and Sports Reviews, p. 423-473, 1989.

Castellani Filho, L. Educação física no Brasil: a história que não se conta. 4. ed. Campinas: Papirus; 1994.



**Chammé, SJ. Corpo e saúde: inclusão e exclusão social. Saúde e Sociedade, São Paulo, v.11, n.2, p. 3 -17, 2002.**

**Coletivo de autores. Metodologia do ensino de educação física. São Paulo: Cortez; 1992.**

**Conselho federal de psicologia. I Fórum nacional de psicologia e saúde pública. Contribuições técnicas e políticas para avançar o SUS. Relatório Final. Brasília, outubro, 2006.**

**Cooper, KH. Aptidão física em qualquer idade. Rio de Janeiro: Forum Editora; 1972.**

**Demo, P. Participação é conquista. São Paulo: Editora Cortez;1988. p. 19-43**

**Denti, IA. Programa de saúde da família: suas possibilidades e limites na promoção da saúde e do trabalho com a família. Texto contexto enfermagem. 2000; V.9, n.2, p.699-713, mai./ago., Florianópolis,.**

**Donabedian, A. Aspects of medical care administration. Boston: Harvard University Press; 1973.**

**Donabedian, A. Na introduction to quality assurance in health care. New York: Oxford University Press; 2003.**

**Fraga, AB. Exercício da Informação: governo dos corpos no mercado da vida ativa. Campinas: Autores Associados; 2006.**

**Gohn, MG. Empoderamento e participação da comunidade em políticas sociais. Rev. Saúde e Sociedade, São Paulo, v.13, n.2, p.20-31, 2004.**

**Guedes, DP; Grondin, LMV. Percepção de hábitos saudáveis por adolescentes: associação com indicadores alimentares, prática de atividade física e controle**

de peso corporal. Rev. Brasileira de Ciências do Esporte, v.24, n.1, p.23-45, Campinas, 2002.

Informes Técnicos Institucionais. Programa nacional de promoção da atividade física "Agita Brasil": atividade física e sua contribuição para a qualidade de vida. Rev. Saúde Pública. 2002; 36(2): 254-256.

Kolyniak Filho, C. Educação física: uma introdução. São Paulo: Educ; 1998.

Lefèvre, F; Lefèvre, AMC. Saúde, Empoderamento e Triangulação. Saúde e Sociedade, São Paulo, 2004; v.13, n.2, p.32-38,.

Luz, M. Novos Saberes e Práticas em Saúde Coletiva. 2. ed. São Paulo: Hucitec; 2005.

Marcondes, WB. A convergência de referências na Promoção da Saúde. Rev. Saúde e Sociedade. 2004; v.13, n.1, p.5-13, jan-abr.

Martins, C.L. et al. Avaliação das práticas corporais promovidas em Unidades Básicas de Saúde da região do Butantã – São Paulo. In: Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, 8 - Congresso Mundial de Saúde Pública, 11, 2006, Rio de Janeiro, Anais... Rio de Janeiro.

Martins, PM. Avaliação dos serviços de atenção primária à saúde no município de Uberaba: acessibilidade, utilização e longitudinalidade da atenção. (dissertação de mestrado). Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2006.

Martins, MCFN; Bógus, CM. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização. Saúde. Rev. Saúde e Sociedade. 2004; v.13, n.3. p.44-57, set-dez.

Matsudo, VKR. Exercício Acumulados Funcionam? Rev. Diagnóstico e Tratamento. 2005; 10(3):163-5.

Minayo, MCde S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec – Abrasco; 1992.

Minayo, MC de S. Organizadora. Pesquisa Social. São Paulo: Vozes; 1993

Minayo, MC de S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec – Abrasco; 1994a.

Minayo, MC de S, organizadora. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 21. ed. Rio de Janeiro: Vozes;1994b.

Nogueira, RP. A Saúde pelo avesso. Natal: Seminare Editora; 2003.

Nogueira, L; Palma, A. Reflexões acerca das políticas de promoção de atividade física e saúde: uma questão histórica. Rev. Brasileira de Ciências do Esporte, 2003; v.24, n.3, p.103-119, Campinas.

Oakley , P. Clayton. O monitoramento e avaliação do empoderamento. Estudos de Caso. Tradução da última edição revisada em junho de 2003.

Palma, A; Ferreira, DC.; Bagrichevsky, M; Resende, HG. Dimensões epidemiológicas associativas entre indicadores socioeconômicos de vida e prática de exercícios físicos. Rev. Brasileira de Ciências do Esporte. 2006; V.27, n.3, p.119-136.

Palma, A. Educação Física, corpo e saúde: uma reflexão sobre outros "modos de olhar". Rev. Brasileira de Ciências do Esporte. jan.2001; V.22, n.2, p.23-39.

\_\_\_\_\_. Atividade física, processo saúde-doença e condições sócio-econômicas: uma revisão de literatura. Revista. Paulista de Educação Física. jan./jun. 2000; 14(1): 97-106.

Pate, RR et al. Physical activity and public health. A recommendation from the centers for disease control and prevention an the American college of sports medicine. Journal of American Medical Association. 1995; 273(5), p. 402-407.

Puccini, PT. Análise de instrumentos de apoio ao monitoramento dos serviços de atenção básica. (Tese de Doutorado). São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2005.

Santos, BS. A globalização e as ciências sociais. 3. ed. São Paulo: Cortez; 2005.

SBC;SBH;SBN. V diretrizes brasileiras de hipertensão arterial. Rev. Brás. Hipertensão. 2006; Vol. 13(4): 256-312.

Shimizu, HE.; Dytz, JLG; Lima, MG; Moura, AS. A prática de enfermagem do programa saúde da família. Rev. Latino-am Enfermagem. 2004;12(5): 713-20.

Silva, AM. Elementos para compreender a modernidade do corpo numa sociedade racional. Cadernos Cedes, ano XIX, n.48, Agosto, 1999a.

Silva, AM. Rev. Bras. Ciências do Esporte. V.23 n.1 setembro 2001b pg. 87-98

Silva, RJG; Sousa, RMS. Democracia e participação na política de saúde. Rev. Assoc. Saúde Pública, 2(1), p.15-23, 1999.

Soares, CL. Educação física: raízes européias e Brasil. 3.ed. Campinas: Autores Associados; 2004.

Starfield, B. Acessibilidade e primeiro contato: a "porta". In: Starfiel B, organizador. Atenção Primária – equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Organização das Nações Unidas para a educação, a ciência e a cultura / Ministério da saúde. p. 207-245, Brasília, 2002.

Stotz, EN, Araújo, JWG. Promoção da saúde e cultura popular: a reconstrução do consenso. Rev. Saúde e Sociedade, São Paulo, 2004; v.13, n.2, p.5-19.

Teixeira, CF. Formulação e implementação de políticas públicas saudáveis: desafios para o planejamento e gestão das ações de promoção da saúde nas cidades. Rev. Saúde e Sociedade, São Paulo, 2004; v.13, n.1, p.37-46.

Tanaka, OY; Melo, C. Avaliação de programas de saúde do adolescente: um modo de fazer. São Paulo: Edusp; 2001.

Telesi Junior, E; Silva KM; Cabral EMSF. Organizadores. Caderno temático da medicina tradicional chinesa. Prefeitura Municipal de São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde, s/d.

Tesser, CD. Medicalização Social (I): O excessivo sucesso do epistemicídio moderno na saúde. Interface - Comunic., Saúde, Educ., v.10, n.19, p.61-76, jan/jun 2006.

The self-sufficient meditator. Acesso eletrônico [consultado em 03/06/2007].  
<http://www.osho.com/Main.cfm?Area=Meditation&Language=Portuguese>

Travassos,C; Martins,M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2004; 20 sup 2: 190-198.

Turato, ER. Tratado de metodologia da pesquisa clínico-qualitativa. Petrópolis: Editora Vozes; 2003.

Vaz, AF. Treinar o corpo, dominar a natureza: notas para uma análise do esporte com base no treinamento corporal. In: Cadernos Cedes. Corpo e Educação. Campinas: Cedes; ago 1999.ano XIX, n.48.

Westphal, MF. Promoção da saúde e a qualidade de vida. Coletânea CEPEDOC, no prelo

## ANEXOS

### Anexo 1

#### Roteiro de entrevista com usuários que participam das Práticas Corporais da Unidade Básica de Saúde

01 - Idade \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Estado Civil \_\_\_\_\_  
Natural de \_\_\_\_\_ Escolaridade \_\_\_\_\_

Há quanto tempo vive nessa região?

Profissão: Atividades que já exerceu?

Tem filhos? Quantos? Com que idade?

Como descreveria a sua vida com relação às atividades físicas?

Foi praticante? Qual atividade? Nunca se interessou.

E a sua Educação Física Escolar?

02 - Conte um pouco como foi o seu ingresso. Foi convidado por amigo, parente, indicação médica...

03 - Como ficou sabendo da atividade física na UBS e qual foi a sua reação? Quando foi?

04 - Quais grupos de atividade física você faz parte aqui na UBS Vila Dalva?

05 - De que maneira essas atividades físicas aqui na UBS modificaram o seu dia-a-dia?

06 - O que vocês não faziam antes que fazem agora?

07 - E a sua própria percepção corporal; você por você mesmo(a). A atividade física aqui na UBS despertou algo, modificou algo em você?

08 - Qual a sua opinião sobre essas atividades físicas aqui na UBS?

09 - O que é feito para que tenham mais pessoas participando? O grupo faz alguma coisa? A UBS faz? Alguém faz?

10 - Como é a rotatividade do grupo, ou seja, entra e sai muita gente ou sempre são as mesmas pessoas? Vocês perguntam ou discutem o motivo da saída de um colega? E o que fazem?

11 - Você tem liberdade para dar sugestões, ou criticar, as aulas, o espaço, a professora? Você já fez isso alguma vez? Como foi, como se sentiu?

12 - Se as atividades não fossem administradas pela UBS, você faria em outro lugar? Como seria a reação do grupo se acabassem os grupos?

13 - A sua relação com o bairro, com a UBS, com os moradores, modificou depois que começou a freqüentar o grupo de atividade física? Como? Fale um pouco sobre isso, ou seja, mudou a sua maneira de enxergar sua comunidade?

14 - Você saberia dizer se essas atividades já trouxeram algum tipo de melhora para o bairro, para os moradores? Como melhora das calçadas, cuidados com as praças, iluminação, abertura de novos grêmios ou associações, policiamento, qualquer coisa. De quem foi a iniciativa para as mudanças?

**Roteiro de entrevista com usuários que nunca participaram das Práticas Corporais da Unidade Básica de Saúde.**

01 - Idade \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Estado Civil \_\_\_\_\_

Natural de \_\_\_\_\_ Escolaridade \_\_\_\_\_

Há quanto tempo vive nessa região?

Profissão: Atividades que já exerceu?

Tem filhos? Quantos? Com que idade?

Como descreveria a sua vida com relação às atividades físicas?

Foi praticante? Qual atividade? Nunca se interessou.

E a sua Educação Física Escolar?

Religião.

02 - Qual é a sua relação com a UBS? Frequenta muito, frequenta pouco,...

03 - Você sabe que a UBS oferece atividades físicas para os usuários? Como ficou sabendo? Quais as modalidades?

04 - O que você pensa sobre as atividades físicas oferecidas?

05 - Qual o motivo de você nunca ter participado de algum grupo de atividade física desenvolvido da UBS?

06 - Você acha que a atividade física faz bem para a sua saúde? Por que?

07 - Qual é a sua opinião sobre ter atividade física na UBS?

08 - Para quem são, na sua opinião, as atividades físicas oferecidas pela UBS? Jovens, velhos doentes, pessoas com dificuldades motoras, pessoas que não podem pagar uma academia...

09 - Que sugestões você daria para melhorar a atividade física na UBS? Quais outras atividades você gostaria que tivesse?

10 - Você já fez algumas sugestões? Como foi? Fale sobre a recepção também.

11 - Na sua opinião, qual seria o profissional mais qualificado para dar as aulas de atividade física? E qual seria o melhor local?

12 - Você saberia dizer se essas atividades já trouxeram algum tipo de melhora para o bairro, para os moradores? Como melhora das calçadas, cuidados com as praças, iluminação, abertura de novos grêmios ou associações, policiamento, qualquer coisa. De quem foi a iniciativa para as mudanças?

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu, \_\_\_\_\_ declaro que fui informado(a) sobre a pesquisa "Práticas Corporais Promovidas pela UBS "Vila Dalva": Visão dos Usuários" que pretende conhecer o posicionamento dos usuários da UBS Engenheiro Guilherme Henrique Pinto Coelho "Vila Dalva" sobre as práticas corporais promovidas nesta Unidade Básica de Saúde da região do Butantã.

Fui esclarecido dos possíveis desconfortos e riscos e os benefícios esperados.

Caso aceite participar, serei entrevistado(a) individualmente pelo pesquisador **Douglas Cerqueira Ferdinando**, RG. 22.452.847-6, aluno do curso de mestrado em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP) e estou ciente que meus dados pessoais permanecerão em sigilo e que poderei retirar meu consentimento em qualquer momento. As entrevistas serão gravadas e meu depoimento será usado exclusivamente para compor os resultados da pesquisa, que poderão ser publicados em revista científica.

Estou ciente que sou livre para não aceitar participar da pesquisa, não sofrendo nenhuma consequência ou constrangimento por isso.

Dessa forma, após ter lido o presente termo e recebido todos os esclarecimentos solicitados, declaro que aceito participar da pesquisa livremente.

Data \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /2006.

---

Assinatura do Participante

Para qualquer questão, dúvida, esclarecimento ou reclamação sobre os aspectos éticos dessa pesquisa, favor entrar em contato com:

Comitê de Ética em Pesquisas da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo – Rua General Jardim, 36 – 2º andar Telefone: 3218-4043

e-mail: smscep@prefeitura.sp.gov.br

Comitê de Ética – COEP da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo – Av. Dr. Arnaldo, 715. Telefone 3066-7779

e-mail: coep@fsp.usp.br

**Pesquisador:** Douglas Cerqueira Ferdinando, RG 22452847-6

Telefone: 11 9403-2373

e-mail: ferdinando@usp.br

**Orientadora:** Profa. Dra. Cleide Lavieri Martins.

Telefone: 3061-7779

e-mail: cleide@usp.br