

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE EDUCAÇÃO FÍSICA E ESPORTE**

A EDUCAÇÃO FÍSICA NO SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE

Fabiana Fernandes de Freitas

**SÃO PAULO
2003**

**A EDUCAÇÃO FÍSICA
NO SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE**

FABIANA FERNANDES DE FREITAS

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

ORIENTADORA: PROFa. DRa. YARA MARIA DE CARVALHO

Freitas, Fabiana Fernandes

A educação física no serviço público de saúde / Fabiana
Fernandes Freitas. – São Paulo : [s.n.], 2003.
xiii. 130p.

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

Orientadora: Profa. Dra. Yara Maria de Carvalho.

1. Saúde Pública 2. Educação Física

I. Título.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelos caminhos que tem aberto em minha vida, me possibilitando realizar coisas e conhecer pessoas tão especiais.

Aos meus pais, Antonio e Maria, pela confiança, pelo amor, pelo apoio incondicional, pela sabedoria compartilhada com seus filhos, pelos exemplos de vida. Vocês são tudo o que tenho e sou de melhor na vida.

Ao Luiz, em ordem cronológica: meu colega de graduação, meu amigo, meu namorado, meu colega de profissão, e, até o momento, meu noivo, obrigada por poder contar com a sua companhia e com o exemplo profissional e humano que é.

À Yara, também em ordem cronológica: professora, orientadora de iniciação científica e de monografia na graduação, amiga e orientadora de mestrado. Um agradecimento especial a você *Belinha*, por todo “esse tempo de orientação” e pelo privilégio de poder trabalhar com uma profissional dedicada e competente, o que me proporcionou grande amadurecimento profissional. Agradeço também pelo respeito, com que sempre me tratou, e por fazer com que eu pudesse conhecer a Educação Física de um modo “diferente”.

Aos meus queridos irmãos Sandra, Marco e Alexandre, a minha cunhada Cristiane, ao meu sobrinho Murilo, ao Seu Paulo e a D. Amália, obrigada pela convivência e pelo carinho.

Às amigas de sempre, aos “velhos” amigos da UFSCar e aos “novos” amigos da USP, em especial ao pessoal do Grupo de Estudos de Educação Física e Saúde Coletiva.

Às professoras e amigas Paula Lobo da Costa, pelos incentivos ainda na graduação, e Myrian Nunomura pela receptividade na EEFE.

Aos professores da banca, obrigada pela disponibilidade e pelas generosas contribuições.

Aos profissionais do Centro de Saúde Escola Samuel B. Pessoa, por possibilitarem a realização da minha pesquisa e pelo acolhimento recebido.

Aos meus AMIGOS do grupo de “Práticas Corporais e Comunidade”, obrigada pela convivência, pela confiança, pelo carinho, pelas histórias compartilhadas, pelos pães de queijo, pelo livro, pelo perfume, pelo pão de casa... Concluo esta etapa com todos vocês no coração.

DEDICATÓRIA

*Aos meus Pais
imensa gratidão
muito orgulho*

SUMÁRIO

	Página
LISTA DE QUADROS.....	vii
LISTA DE ANEXOS.....	viii
LISTA DE SIGLAS E ABREVIações.....	ix
RESUMO.....	x
ABSTRACT.....	xii
1 INTRODUÇÃO.....	01
2 OBJETIVOS.....	06
3 METODOLOGIA.....	06
3.1 Definição do objeto.....	08
3.2 Exploração do campo.....	08
3.3 Trabalho de campo.....	09
3.3.1 Instrumentos de pesquisa.....	09
3.3.2 Critérios para utilização dos instrumentos de pesquisa.....	10
3.3.3 Análise dos dados.....	13
4 OS CAMINHOS DA EDUCAÇÃO FÍSICA NA SAÚDE.....	15
4.1 Programas e campanhas governamentais.....	18
4.2 Ações do profissional de Educação Física no serviço público de saúde..	23
4.3 Referências ao profissional de Educação Física nos centros de saúde...	27
4.4 As discussões sobre promoção e educação em saúde.....	29

5	O SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE: UM CAMPO DE INTERVENÇÃO PARA O EDUCADOR FÍSICO.....	32
5.1	O serviço público de saúde.....	32
5.2	O Serviço Único de Saúde (SUS).....	36
5.3	Os centros de saúde.....	41
5.4	O Centro de Saúde Escola “Samuel Barnsley Pessoa”.....	45
5.4.1	Área de abrangência e população usuária.....	46
5.4.2	Prestação de serviços à comunidade.....	48
5.4.3	Atividades desenvolvidas pelos setores assistenciais.....	49
6	O PROJETO “PRÁTICAS CORPORAIS E COMUNIDADE”.....	52
6.1	Metodologia do projeto.....	52
6.2	A proposta.....	54
6.3	Estrutura do projeto.....	55
6.3.1	Dias e horários.....	55
6.3.2	Encaminhamento.....	56
6.3.3	População.....	56
6.3.4	Conteúdos.....	57
6.3.5	Dinâmica das aulas.....	58
6.3.6	Material.....	59
6.4	As características do grupo.....	60
6.5	Narrativas: a comunidade e o serviço, pelo profissional de Educação Física.....	64
6.5.1	O começo.....	65
6.5.2	As experiências do trabalho coletivo e a troca com a comunidade.....	66
6.5.3	As experiências com os profissionais do CSE.....	75
7	OS SUJEITOS.....	82
7.1	O sujeito na Educação Física e nas práticas de saúde.....	82

8	DISCUSSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	88
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	100

LISTA DE QUADROS

	Página
QUADRO 1 - Dados dos cadastros do CSE Samuel B. Pessoa.....	63

LISTA DE ANEXOS

	Página
ANEXO I - Entrevistas.....	107
ANEXO II - Folheto sobre o projeto.....	127
ANEXO III - Cadastro.....	128
ANEXO IV - Termo de consentimento livre e esclarecido.....	129
ANEXO V - Parecer da Comissão de Ética.....	130

LISTA DE SIGLAS E ABREVIACOES

CONFED	Conselho Federal de Educação Física
CPS	Centro de Promoção da Saúde
CSE	Centro de Saúde Escola
GTA	Grupo Técnico Administrativo
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PA	Pressão Arterial
PSF	Programa Saúde da Família
SES	Secretaria de Estado da Saúde
SUS	Sistema nico de Saúde

RESUMO

A EDUCAÇÃO FÍSICA NO SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE

Autora: FABIANA FERNANDES DE FREITAS

Orientadora: PROFa. DRa. YARA MARIA DE CARVALHO

A Educação Física tem como um dos seus campos de atuação a área da saúde. No entanto, não se observa uma participação efetiva do profissional nas ações de saúde pública, assim como nos serviços públicos de saúde. Neste trabalho estudamos qual o significado do educador físico nesses serviços, por meio de revisão de literatura, e de intervenção, que foi elaborada, proposta e desenvolvida, no Centro de Saúde Escola Samuel Pessoa. Priorizamos o trabalho coletivo, o aspecto pedagógico dos conteúdos e a participação dos sujeitos. Durante um ano de intervenção coletamos dados a partir de observação participante e entrevistas, realizadas com as pessoas que se envolveram com o projeto “Práticas Corporais e Comunidade” e com alguns profissionais do serviço. Observamos que o trabalho coletivo pôde auxiliar tanto a comunidade atendida, no contexto sociocultural vivido por ela, como o profissional no sentido de refletir sua prática em relação ao grupo. As particularidades individuais no que se refere às necessidades, aos problemas de saúde e as melhoras relatadas variaram, o que sugere ao profissional um cuidado no modo de conduzir sua intervenção, de pensar a saúde, de forma a estar atento ao que necessitam e desejam as pessoas. Destacamos que o educador físico no serviço público de saúde pode significar: uma via entre pesquisa e intervenção, na área da saúde e na sua integração com a comunidade; um envolvimento com outras profissões da saúde e o atendimento de necessidades expressas pelos usuários dos Centros de Saúde, uma vez que se trata de um espaço de intervenção que precisa

ser pensado e construído, para que este profissional seja um “elemento” a mais na busca pela integralidade da saúde das pessoas.

Palavras-chaves: Educação Física; saúde; centro de saúde

ABSTRACT

THE PHYSICAL EDUCATION IN THE PUBLIC HEALTH SERVICE

Author: FABIANA FERNANDES DE FREITAS

Adviser: PROFa. DRa. YARA MARIA DE CARVALHO

The Physical Education has as one of its fields of performance the health area. However, an effective participation of the professional is not observed in the actions of public health, as well as in the public health services. In this work, we have studied the meaning of the physical educator in those services, by means of literature revision, and of intervention, that was elaborated, proposed and developed in the Health Center Samuel Pessoa School. We prioritized the collective work, the pedagogic aspect of the contents and the subjects' participation. During one year of intervention, we collected data from participant observation and interviews, accomplished with the people who were part of the project "Corporal Practices and Community" and with some professionals of the service. We observed that the collective work could aid the assisted community, in the social cultural context lived by it, and also the professional in the sense of reflecting his own practice in relation to the group. The individual particularities according to the needs, the health problems and the improvements mentioned varied, suggesting to the professional a care in the way of conducting his action, thinking the health, in order to be attentive to what people need and want. We highlighted that the physical educator in the public health service can mean: a way between research and intervention, in the health area and in its integration with the community; an involvement with other health professions and the attendance of needs mentioned by the users of the Health Centers, since it is an intervention space that needs to be thought and built, so that this professional would be one more "element" in the search for the completion of the people's health.

keywords: Physical education; health; health center

1 INTRODUÇÃO

Educação Física e saúde: este tema norteou meus interesses durante a graduação. Na área, a relação entre atividade física e saúde é um dos seus fundamentos. Isto pode ser observado na sua história que, no século XIX, teve influência dos higienistas (médicos e educadores) e dos militares; sua função na sociedade era promover, por meio da atividade física, a saúde, fortalecendo os corpos e disciplinando-os, para enquadrarem-se na ordem capitalista em formação (SOARES, 1994). Hoje, o aumento da incidência das doenças crônico-degenerativas, a política neoliberal, os meios de comunicação e a indústria cultural e da beleza, as quais impõem a busca pelo padrão estético, são alguns fatores que continuam reforçando esta relação (CARVALHO, 1995). Assim, a saúde é um tema atual e relevante para pesquisa na área da Educação Física.

Ainda na graduação, busquei caminhos que pudessem me levar à compreensão da área de atuação e suas implicações com a saúde. A participação em projetos de extensão, estágios e grupos de estudo, tais como: estágio em laboratório de pesquisa experimental com ratos; pesquisa na área de ciências humanas com o tema *políticas públicas de lazer*; projetos de extensão voltados para a ginástica corretiva; e atendimento multiprofissional ao obeso, possibilitou o contato com diferentes formas de trabalho e, conseqüentemente, com concepções de saúde.

Apesar dos diferentes objetivos, as justificativas dos trabalhos se respaldavam na afirmação da prática de atividade física promovendo saúde, tanto para as pesquisas experimentais com ratos, como para os trabalhos com indivíduos e grupos. No entanto, a discussão encerrava-se nos resultados que mostravam, por exemplo: uma senhora perdeu dois quilos depois que começou a fazer as atividades; ou o rato treinado melhorou tais parâmetros em relação ao sedentário. Sem negar a importância desses trabalhos, sentia que faltava algo mais. Temas como participação das pessoas e discussões acerca dos conceitos de corpo e saúde e da própria Educação Física não eram priorizados.

No meio da análise dos resultados, a Educação Física se perdia, ou seja, a discussão do seu papel na sociedade diante dos modismos estéticos, das necessidades das diferentes populações, da forma como esse conteúdo, "tão

importante para a saúde”, chega ou não até as pessoas, perdia espaço. Os resultados que mostravam as alterações físicas e fisiológicas da prática regular de atividade física pareciam ser suficientes para que a relação da Educação Física com a saúde, por meio da atividade física, continuasse a ter validade. Nesse sentido, questões de natureza social como o acesso às práticas, a atenção dirigida à comunidade e a intervenção profissional na área, por exemplo, não estavam em discussão.

Nesse ponto, comecei a me questionar devido à falta de referências que discutissem essa relação além da visão biológica¹, que é uma das maneiras de entendermos a saúde, e que não tratassem apenas da questão da prática da atividade física, uma vez que essa restringe o entendimento do que sejam os conteúdos da área e traz a idéia de que atividade física e Educação Física são a mesma coisa. Essas considerações me fizeram pensar, entre outras questões: (1) se essa relação entre Educação Física e saúde é tão forte; e por que nosso conteúdo ainda é pouco reconhecido entre as outras áreas de saúde, uma vez que não se observa uma participação efetiva do profissional nas políticas públicas de saúde? (2) Se o discurso que relaciona atividade física e saúde se repete com tanta freqüência, por que nós, profissionais da área, não estamos efetivamente nos serviços públicos de saúde, onde é possível integrar a atuação de diferentes profissionais, além de atender populações de classes sócio-econômicas menos favorecidas, destacando uma perspectiva pouco valorizada em nossa formação profissional, que tem privilegiado o trabalho individual e o espaço privado?

Estas foram questões que me motivaram a pensar na participação do educador físico no serviço público de saúde, discutir sua intervenção na área da Saúde Pública em especial, não só do ponto de vista teórico, mas efetivamente propondo uma ação junto a um serviço desta categoria, de forma que esta idéia fosse tratada com maior embasamento, com referências tanto da população atendida como dos profissionais de saúde da instituição, conforme as possibilidades

¹ Cabe destacar aqui a diferença entre os estudos que têm como fundamento a biologia, ciência que estuda os fenômenos e leis da vida, e o biologismo, que se refere “à atitude epistemológica que considera a biologia como ciência fundamental e procura reduzir o conjunto dos fenômenos postos em evidência por outras ciências (sociologia, psicologia, economia, etc.) a mecanismos biológicos. O biologismo aparece como uma extrapolação das leis biológicas a domínios de que se ignora a possibilidade de se prestarem a uma tal transposição.” (BIOLOGISMO, 1984).

oferecidas de “estar em um serviço sem efetivamente fazer parte dele”, uma vez que se tratou de trabalho voluntário e, portanto, não estava oficialmente integrada à equipe de funcionários do serviço. Assim, apresento a seguir alguns aspectos que definiram o projeto. O primeiro recorte se referiu ao campo de intervenção, que foi pensar a relação da Educação Física com a Saúde Pública e não com a Clínica, por exemplo, como se faz na maioria das vezes.

CAMPOS (1991) afirma que a Saúde Pública se opõe à lógica do mercado capitalista, por isso está a cargo do Estado. O autor cita, como um aspecto social importante do sistema público, as ações para promoção e proteção à saúde, e a possibilidade “... de fazer Saúde Pública, imaginando-se mesmo que se poderia, através de várias instâncias de atenção, chegar a garantir a todos uma *Atenção Integral à Saúde*.” (CAMPOS, 1991, p. 31).

A Educação Física pode valorizar o aspecto social do sistema público, citado acima, na sua interação com as áreas da saúde e da educação, pensando e trabalhando seus conteúdos de modo ampliado, atendendo pessoas que não estão na faixa idealizada de consumo de produtos e serviços, de modo que possa estar incluída nas *várias instâncias de atenção* à saúde. Isto pode ser posto em prática por meio de um trabalho coletivo que favoreça a troca de vivências e conhecimentos, auxiliando tanto a comunidade atendida, no contexto sociocultural vivido por ela, como o profissional, para refletir sobre sua prática para esta população.

No caso deste projeto, pensei no serviço público porque ele possibilita trabalhar com outros profissionais da saúde. Ainda que este contato estivesse sendo construído, contribuiu com o serviço por meio de ações que não estavam voltadas apenas para o tratamento de doenças e por ter atendido pessoas menos favorecidas economicamente. Com relação a este último aspecto, muitos estudos mostram os benefícios da prática regular de atividade física para a saúde, no entanto, segundo PALMA (2000), em revisão de literatura, a prática de atividade física pode estar relacionada às condições sócio-econômicas das pessoas, sendo que os menores índices de prática estão relacionados aos grupos de menores condições.

Neste sentido, GRAÇA e VAZ DE ALMEIDA (1998) avaliaram, entre os resultados de uma pesquisa realizada no ano de 1997 pelo *Institute of European Food Studies* (IEFS) em colaboração com o *Instituto Superior de Ciências da*

Nutrição e Alimentação (ISCNAUP) da Universidade do Porto e outras treze instituições europeias, atitudes e comportamentos dos cidadãos de países membros da União Europeia relacionados à atividade física, peso corporal e saúde. Concluíram que mais pessoas com baixo nível de escolaridade não praticam qualquer atividade física (40% de nível primário contra 22% de nível superior), e apontaram em suas conclusões que a classe social dos praticantes influencia a prática de atividade física.

Diante deste quadro, PALMA (2000) sugere que a Educação Física precisa rever seus programas no campo da Saúde Pública, no sentido de ampliar o acesso às práticas da área para essas pessoas.

Estes não são os únicos determinantes da prática de atividade física, mas trazem observações importantes que sugerem que a intervenção profissional deve ser pensada para diferentes grupos e espaços, que vão além dos locais privados, como clubes e academias. No entanto, o que vemos é que o profissional da área acaba sendo preparado para atuar, predominantemente, com grupos economicamente em condições de pagar pelas atividades oferecidas. E, apesar da mídia valorizar assuntos como atividade física, saúde, alimentação e cuidados com o corpo, as informações veiculadas, muitas vezes, não chegam de modo adequado até as pessoas, que também são condicionadas ao consumo de produtos como aparelhos de ginástica, compostos para emagrecimento, cosméticos, entre outros (CARVALHO, 2001a). Assim, a responsabilidade individual acaba tendo destaque pois, com base naquilo que a mídia veicula, espera-se que as pessoas tenham condições para praticar atividade física e cuidar da saúde, sendo que o consumo de produtos, incluídos nesses cuidados, reforça também o aspecto econômico relacionado à saúde e à atividade física.

Estas questões são preocupantes pois, como afirma MINAYO (1993),

... a saúde enquanto questão humana e existencial é uma problemática compartilhada indistintamente por todos os segmentos sociais. Porém, as condições de vida e de trabalho qualificam de forma diferenciada a maneira pela qual as classes e seus segmentos pensam, sentem e agem a respeito dela. (p.

15).

Diante desta perspectiva, é importante nos questionarmos em que medida a Educação Física tem considerado essas diferenças, as particularidades das pessoas, ou dos grupos envolvidos no processo de intervenção do profissional, de modo a dar atenção à compreensão dos mesmos tanto sobre a saúde, como sobre os conteúdos da área, para considerá-los em sua atuação.

Assim, justifico a participação do educador físico no serviço público de saúde, especialmente nos Centros de Saúde, como um dos profissionais que podem contribuir com a promoção e educação em saúde, sendo uma forma de trabalhar também com pessoas que têm dificuldade de acesso aos conteúdos da Educação Física, além de possibilitar a reflexão acerca de um possível campo de intervenção para a área.

Não pretendi aqui aferir melhoras no rendimento físico, ou no aspecto estético, mas tratar de orientações e conhecimentos elementares, criar um espaço que favorecesse a troca de experiências e vivências relacionadas a algumas práticas corporais e cuidados com o corpo, e valorizar as pessoas envolvidas nesse processo.

Os capítulos² que seguem foram destinados, primeiramente, a mostrar como foi selecionada, desenvolvida e aplicada a metodologia de pesquisa deste estudo; em segundo lugar, buscamos na literatura dados que nos ajudassem a conhecer outras iniciativas da área da Educação Física nas ações de Saúde Pública, assim como experiências do profissional específico nos serviços públicos de saúde; e, em seguida, como está organizado o sistema de saúde no Brasil, os tipos de serviços que o compõem, especialmente os Centros de Saúde, bem como as características particulares do CSE Samuel B. Pessoa, que foi nosso espaço de intervenção. Nos capítulos seguintes, entramos propriamente na pesquisa de campo, desde sua concepção até os resultados obtidos, mediados também pela literatura. Finalmente, retomamos as discussões apresentadas no decorrer do texto, e nos

² No texto será perceptível dois momentos nos quais enfatizo minha experiência pessoal e profissional e a vivência no Centro de Saúde Escola Samuel Pessoa (CSE).

propomos a dar indicativos de uma possível participação do profissional de Educação Física nos Centros de Saúde.

Com base nessas considerações, apresentamos a seguir os objetivos propostos para esse projeto.

2 OBJETIVOS

Os objetivos desse estudo foram:

- Elaborar, propor e desenvolver um projeto de Educação Física em um serviço público de saúde, tendo em vista trabalhar seus conteúdos priorizando o educativo, o coletivo e o público.
- Repensar como a saúde tem sido tratada na área específica, com base nos conhecimentos e experiências das pessoas, assim como nos do profissional.
- Discutir e analisar qual o significado do educador físico no serviço público de saúde, considerando as vivências do projeto, as referências bibliográficas e as minhas experiências anteriores.

3 METODOLOGIA

Descrevemos a seguir nossa trajetória metodológica, que esteve baseada nos trabalhos de MINAYO (1993) e de OLIVEIRA (1999), com os quais buscamos atingir os objetivos propostos nesta pesquisa.

MINAYO (1993) foi referência para a compreensão do fenômeno saúde no contexto da pesquisa qualitativa. Assim, elaboramos a estruturação da metodologia e encontramos fundamentação para a escolha dos instrumentos de pesquisa, que serão descritos posteriormente.

Estudos empíricos desenvolvidos por antropólogos e sociólogos no início do século XX mostraram que temas como saúde, doença e morte não eram constituídos apenas por evidência *orgânica, natural, objetiva*, revelando que “a

doença é uma realidade construída e que o doente é um personagem social” (MINAYO, 1993, p. 173).

A saúde tem sua especificidade criada pelas “inflexões sócio-econômicas, políticas e ideológicas, relacionadas ao saber teórico e prático sobre saúde e doença, sobre a institucionalização, a organização, a administração e a avaliação dos serviços e a clientela dos sistemas de saúde” (MINAYO, 1993, p.13), estando inserida na realidade social. Além disso, o campo da saúde trata de uma realidade complexa e, portanto, precisa de conhecimentos diferenciados, em virtude do seu caráter multidisciplinar, enfim, de ações que se unam levantando de forma imediata o problema da intervenção na saúde. Assim, baseamos nossa metodologia na investigação social.

Com OLIVEIRA (1999), fundamentamos a maneira como os instrumentos de pesquisa, a relação e a aproximação com o sujeito pesquisado e a utilização dos dados coletados foram realizados. Em seu livro *Vidas Compartilhadas: cultura e co-educação de gerações na vida cotidiana* (1999), o autor descreveu os caminhos metodológicos utilizados na pesquisa sobre o universo cultural na vida cotidiana, e chamou a atenção para o distanciamento entre pesquisador e pesquisado, que pode surgir da aplicação de técnicas que buscam o total controle do objeto, que acabam gerando “... o esvaziamento da percepção em cada um de nós acerca dos homens, das coisas e do mundo” (OLIVEIRA, 1999, p. 50). Para que o trabalho de campo dessa pesquisa não incorresse nesse *esvaziamento*, utilizamos a metodologia sugerida pelo autor. Nela, OLIVEIRA propõe não trabalhar apenas com o que é aparente, mas “ensejar um reencontro do movimento e nele divisar contradições, acordes que dão ritmo a vida social”, e mais: “ceder ao convite para perceber sempre de novo, trabalho saliente e infinito...” (OLIVEIRA, 1999, p. 51).

Gostaríamos de destacar que a intervenção valorizou aspectos tanto em relação à interação entre as pessoas que compunham o grupo, quanto do profissional com o grupo. Procuramos favorecer um ambiente de proximidade, amizade, troca e apoio entre as pessoas. Conviver e desenvolver as atividades de forma que a relação com o outro fizesse parte das nossas observações.

3.1 Definição do objeto

A área de interesse da pesquisa foi a Educação Física na sua relação com a área da Saúde, com ênfase no coletivo e no público. O objeto de estudo, portanto, foi delimitado para a relação entre Educação Física e serviço público de saúde, no atendimento de pessoas de baixa renda. Para a compreensão dessa relação e suas implicações, elaboramos e desenvolvemos um projeto de Educação Física no CSE Samuel B. Pessoa.

3.2 Exploração do campo

Espaço de pesquisa: CSE Samuel B. Pessoa – USP.

Grupo de pesquisa: população adulta, atendida pelo Centro de Saúde, que é, em sua maioria, de baixa renda¹

Amostra: todas as pessoas que participaram do programa fizeram parte da amostra, no que se refere às observações. Já as entrevistas foram realizadas com dez participantes do grupo de “Práticas Corporais” e nove profissionais do serviço.

Estratégia de entrada em campo: inicialmente foi feito contato com o diretor do CSE Samuel B. Pessoa, local em que havia sido desenvolvido um trabalho pela Profa. Dra. Yara M. de Carvalho, com alunos de graduação nos anos de 1999 e 2000. Houve um semestre de pausa e, num terceiro momento, o coordenador do setor de adultos convidou a referida professora para fazer um trabalho específico. Nessa ocasião já tínhamos planos de voltar ao CSE, com a primeira formulação do projeto definida.

¹ Segundo informações obtidas pelos dados disponíveis no setor de estatística do CSE Samuel B. Pessoa.

3.3 Trabalho de campo

O trabalho de campo constituiu-se da implementação do projeto de Educação Física no CSE Samuel B. Pessoa. O sentido do trabalho de campo esteve voltado para subsidiar a discussão relativa à inclusão do educador físico no serviço público de saúde, com base em uma experiência que nos possibilitou estar em contato com a rotina desse serviço e com outros profissionais da saúde (médico, enfermeiro, psicólogo, terapeuta ocupacional e educador), assim como com as pessoas que efetivamente participaram das atividades. Foi a partir da interação com estas pessoas e do desenvolvimento do projeto durante um ano no serviço que foi possível discutirmos a intervenção do profissional de Educação Física em um serviço público de saúde, assim como a proposta oferecida.

3.3.1 Instrumentos de pesquisa

Um instrumento de pesquisa utilizado foi a observação. Segundo MALINOWSKI² (apud MINAYO, 1993), instrumentos como questionários, documentação quantitativa, não dão conta de registrar fenômenos importantes, sendo a observação da realidade um recurso para apreendê-los. Assim, durante os encontros, muitas reações e compreensões quanto aos conteúdos, às concepções de saúde e doença, aos relatos de experiência, poderiam ser desconsideradas se, por exemplo, o instrumento utilizado fosse apenas um questionário para identificar a eficiência ou não do projeto, aplicado ao final de uma seqüência de encontros.

Além disso, o observador participa da vida das pessoas, faz parte do contexto que está sendo observado, que ao mesmo tempo possibilita modificações nas pessoas, nele mesmo e em seu trabalho (SCHWARTZ & SCHWARTZ³ apud MINAYO, 1993) em uma interação dinâmica.

Outro instrumento de pesquisa foi a entrevista. Com as entrevistas, podemos obter dados de caráter mais objetivo, como as informações contidas em censos, registros estatísticos, entre outros, e dados de natureza mais subjetiva, que

² B. MALINOWSKI, *Os argonautas do pacífico*, São Paulo, Abril, 1984, Coleção Os Pensadores.

³ M. SCHWARTZ; C. G. SCHWARTZ, Problems in participant observation, *American Journal of Sociology*, n. 60, p. 343-353, 1955.

se referem diretamente à pessoa entrevistada, suas atitudes, seus valores, suas opiniões. São informações no nível mais profundo da realidade, sendo denominado freqüentemente pelos cientistas sociais de subjetivo, e, portanto, dependem da contribuição dos sujeitos envolvidos (MINAYO, 1993). No caso dessa pesquisa, elegemos a entrevista aberta, momento que o sujeito discorre de maneira livre sobre o tema proposto, pressupõe a interação entre pesquisador e sujeito e que pode ser complementada por uma prática de observação participante (MINAYO, 1993).

3.3.2 Critérios para utilização dos instrumentos de pesquisa

Como nosso trabalho envolveu o contato regular com as pessoas que participaram do projeto, assim como com a rotina do CSE, de modo que tivemos um vínculo direto com o ambiente de pesquisa, fez-se necessário compreender a observação participante. MINAYO (1993) trata da observação participante, fundamentalmente, com base no método de MALINOWSKI (1975)⁴, discutindo seus princípios à luz de diferentes autores, fazendo considerações necessárias ao tipo de pesquisa e ao posicionamento teórico do referido autor.

O primeiro princípio se refere à necessidade de se aprofundar na realidade, mas ao mesmo tempo dominar o referencial teórico. Uma atitude de observador científico consiste em colocar-se sob o ponto de vista do grupo pesquisado, com respeito, empatia e inserção, o mais íntimo possível. Significa abertura para o grupo, sensibilidade para sua lógica e sua cultura, lembrando que a interação social faz parte da condição e da situação de pesquisa.

O segundo princípio trata da questão do modo pelo qual o pesquisador se coloca no contexto da pesquisa empírica. Entre as atitudes envolvidas neste contexto, MINAYO (1993) destaca a teoria de SCHUTZ (1979) sobre este princípio. Para o autor, o observador deve colocar-se no mundo dos sujeitos, buscando compreender os princípios gerais que os homens seguem na sua vida cotidiana para organizar sua experiência, particularmente as de seu mundo social; também é preciso manter uma perspectiva dinâmica que ao mesmo tempo leve em conta a

⁴ Segundo MINAYO (1993), é de MALINOWSKI B. o estudo considerado clássico sobre o trabalho de campo na Antropologia, no qual a rica experiência transmitida e as bases metodológicas trazidas por este autor continuam atuais, assim como sua legitimidade.

relevância dos atores sociais, e tenha em mente o conjunto de relevâncias de seu referencial teórico, o que lhe permite interagir ativamente no campo; e, por fim, abandonar na convivência uma postura externa de “cientista”, entrando na cena social como uma pessoa comum que partilha do cotidiano.

Essa é uma das formas pelas quais o pesquisador pode se colocar no trabalho de campo. No entanto, “mais do que a definição *a priori* do tipo de pesquisador que se deseja ser no campo, é preciso considerar a observação participante como um processo que é construído duplamente pelo pesquisador e pelos sujeitos envolvidos” (MINAYO, 1993, p. 143).

O último princípio proposto se refere aos cuidados acerca da seleção, coleta e manipulação dos dados. O registro dos dados deve ser feito por meio de uma observação minuciosa e detalhada no diário de campo, do registro de declarações, das narrativas, das expressões e outros elementos que compõem a ambiente da observação.

No caso dessa pesquisa, a coleta de dados foi realizada da seguinte forma: num primeiro momento, descrevemos os acontecimentos do encontro como: o que acontecia antes de começar a atividade, como e quais atividades foram desenvolvidas, participações, intervenções e comentários das pessoas, imprevistos e, de forma especial, como se dava a interação entre as pessoas do grupo, incluindo aqui a participação do profissional. Em um segundo momento, destacávamos algumas observações que, de certa forma, chamavam mais a atenção, que foram desde algumas falas, relacionadas ao grupo, às atividades ou observações pessoais, até comentários sobre o ambiente humano (amizade, descontração, solidariedade, entre outros) e físico (menções ao espaço da sala, aos materiais e ao espaço externo do Butantã). Por fim, anotávamos os dados referentes ao número de pessoas presentes, participação de outros profissionais e sugestões, quando ocorriam, para a próxima aula. As informações foram registradas no Diário de Campo⁵, ao final de cada aula.

⁵ O Diário de Campo agrega os registros escritos sobre as observações realizadas na pesquisa.

Quanto às entrevistas⁶, elas foram abertas e seguiram a proposta de OLIVEIRA (1999). De acordo com o autor, nela é preciso que o sujeito se sinta livre e pronto para se expressar, dono de seu depoimento. Para isso, o pesquisador precisa saber escolher o momento certo, ser paciente, aprender a conviver com o tempo das pessoas, e não exigir algo que elas não têm. O autor propõe, então, entrevistas-piloto, que possam indicar caminhos para melhorar roteiros, modificar perguntas, compreender expressões, e também permitir que cada um tenha oportunidade de construir seu depoimento.

Foram realizadas entrevistas com 10 pessoas que participaram do grupo de “Práticas Corporais” e que acompanharam pelo menos 10 encontros (cerca de dois meses), para um mínimo de contato e aproximação com o projeto. Antes de iniciar a pesquisa, falamos a respeito e avisamos o grupo, de modo geral, sobre a possibilidade de estar solicitando a participação deles para os depoimentos. A pergunta foi: “o que motiva sua vinda até aqui?”. A escolha esteve baseada, primeiro, na necessidade de trabalhar com uma pergunta que não gerasse insegurança e constrangimento nas pessoas, quanto à capacidade para respondê-la; e, segundo, que oferecesse abertura para que elas realmente narrassem suas alegrias, tristezas, sofrimentos, realizações, interesses e significados, relativos tanto à experiência do projeto, como a sua experiência de vida.

Com relação aos funcionários, realizamos nove entrevistas com profissionais de diferentes atuações no CSE. A amostra foi constituída da seguinte forma: há no serviço um grupo técnico administrativo (GTA) que é responsável pela discussão e tomada de decisões relativas ao CSE. Este grupo é representado pelos profissionais com cargo de chefia dos setores existentes: diretoria, administração, saúde do adulto, saúde da mulher, pediatria, educação em saúde pública, vigilância em saúde, vigilância epidemiológica e saúde mental. O número de entrevistas foi determinado pelos setores, sendo entrevistado um profissional de cada. Nos setores em que havia mais de uma pessoa, a escolha foi definida primeiro pela formação,

⁶ Cabe ressaltar que antes de fazer as entrevistas o sujeito foi informado sobre a utilização do seu depoimento, recebendo outros esclarecimentos que julgou necessário em relação à entrevista ou à pesquisa, sendo entregue a ele o termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO IV), que foi lido e assinado pela pessoa entrevistada e pelo pesquisador. O projeto desta pesquisa foi avaliado e recebeu parecer favorável quanto aos seus procedimentos metodológicos pela Comissão de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da USP (ANEXO V).

procurando privilegiar pessoas com formação profissional que ainda não tinham sido entrevistadas, e depois, pelo acesso e disponibilidade da pessoa para realizar a entrevista.

A amostra ficou constituída da seguinte forma: quatro enfermeiras, uma pedagoga, dois médicos, um supervisor administrativo e uma terapeuta ocupacional. A idéia de entrevistar diferentes profissionais esteve baseada na possibilidade de sabermos até que ponto nosso atendimento esteve envolvido no serviço, conhecendo também um pouco mais sobre a visão da instituição; e também para conhecermos que idéia os diferentes profissionais, já tradicionais no serviço, têm da possibilidade de intervenção do profissional de Educação Física nesse tipo de instituição. Além disso, a inclusão dos profissionais na amostra também pôde trazer outras informações tanto sobre o projeto, como sobre as pessoas que participaram dele, contribuindo efetivamente para a avaliação do mesmo.

Para isso, foram realizadas duas perguntas: primeiro, se eles conheciam o projeto de Educação Física que foi desenvolvido no CSE, tecendo observações, comentários ou críticas; e depois, o que eles achavam sobre a possível participação do profissional de Educação Física no serviço público de saúde.

Para os dois grupos, foram respeitadas algumas orientações apresentadas em MINAYO (1993), acerca dos procedimentos envolvidos com a prática concreta quando trabalhamos com entrevistas abertas. São elas: a primeira, também explicitado por OLIVEIRA (1999), refere-se à apresentação e aproximação da pessoa entrevistada que, no nosso caso, foi acontecendo no decorrer do desenvolvimento do projeto; segundo, a menção do interesse da pesquisa e da instituição na qual estamos vinculados e; por fim, a justificativa da escolha do entrevistado, estabelecendo sempre que possível uma conversa inicial, de forma que o entrevistado possa se sentir mais à vontade.

3.3.3 Análise dos dados

Segundo MINAYO (1993), há situações e situações de pesquisa, mas como norma geral, a figura do pesquisador é construída num processo que ele pode controlar apenas parcialmente, pois é marcado pelas próprias referências do grupo e interpretado dentro dos padrões culturais específicos. Da mesma forma, a visão

sobre o grupo é construída processualmente pelo pesquisador na interação com os atores sociais que o compõem e as relações que consegue captar. É uma visão entre outras possíveis e também depende do arcabouço teórico que informa o pesquisador.

Com essas considerações, descrevemos de que forma analisamos e utilizamos os dados obtidos na pesquisa. Com relação às entrevistas⁷, o primeiro passo foi transcrevê-las literalmente. Depois, foram realizadas leituras que nos possibilitaram identificar, com base nos discursos, aspectos recorrentes. Neste momento, optamos por demarcar com tipos diferentes de fontes as falas que se referiam aos pontos identificados, ao invés de apenas elegermos categorias, de modo que o discurso dos sujeitos não ficasse perdido, e que a fala, a opinião e as reflexões dos entrevistados pudessem fazer parte da composição do texto. O mesmo procedimento foi utilizado para as entrevistas com as pessoas que participaram do grupo de “Práticas Corporais” e para os profissionais de CSE.

Os tipos de fontes foram usadas da seguinte forma:

- para a comunidade: o tipo Arial grifado mostra as falas referentes ao CSE; o tipo Times New Roman grifado se refere às falas voltadas para o trabalho coletivo; o tipo **Arial** negrito representa as falas de percepção de estados que indicam as melhoras de aspecto clínico; e o tipo *Arial* itálico se refere à percepção de estados que indicam melhoras de aspecto subjetivo; por fim, o tipo **Times New Roman** negrito mostra as falas de percepção de estados relacionados aos problemas de saúde de aspecto clínico; e o tipo *Times New Roman* itálico se refere à percepção de estados de problemas de aspecto subjetivo.
- para os profissionais do CSE: o tipo Arial grifado representa as informações que os profissionais tinham acerca do projeto no serviço; o tipo Times New Roman grifado mostra as observações referentes aos diferentes aspectos relacionados a uma avaliação do projeto; o tipo **Arial** negrito representa citações sobre outras experiências com as práticas da Educação Física no

⁷ As entrevistas analisadas estão anexadas no final do texto (ANEXO 1).

serviço; o tipo *Arial* itálico indica as falas relacionadas a aspectos que justificam ou explicam a coerência, ou não, do educador físico no serviço público de saúde; o tipo **Times New Roman** negrito mostra as falas relativas a indicações de como poderia ser uma intervenção desse profissional.

Para as observações, todo o material escrito foi retomado e lido. Com base nas leituras, separamos dados sobre: o desenvolvimento do projeto, tipos de atividades, variações, número de pessoas participantes, entre outros; informações sobre o coletivo, a convivência em grupo, as relações estabelecidas, as reações e participações; e, por último, informações individuais, comentários pessoais sobre problemas de saúde, possíveis melhoras, entre outros.

Com base nos dados analisados, passamos a construir redes entre a experiência do grupo durante os encontros e os dados das entrevistas, para cruzarmos dados que se complementavam, se afirmavam ou se contrapunham. Depois articulamos o que foi vivido pela pesquisadora: a experiência do projeto, o contato com as pessoas da comunidade e com os profissionais do CSE, e os dados que foram coletados de diferentes formas (entrevistas, observação e cadastros), buscando estabelecer um diálogo entre a vivência do pesquisador, a literatura e as contribuições dos sujeitos envolvidos na pesquisa, conduzindo a construção de uma narrativa em uma direção que pudesse nos auxiliar a atender os objetivos propostos para essa pesquisa.

4 OS CAMINHOS DA EDUCAÇÃO FÍSICA NA SAÚDE

Aqui pretendemos mapear programas, serviços de saúde e algumas referências na literatura que aproximam a intervenção do profissional de Educação Física da área da saúde, em especial dos serviços públicos. Antes, porém, faz-se necessário esclarecer a diferença entre Educação Física e atividade física e o porquê de optarmos por um projeto de Educação Física neste trabalho.

CARVALHO (1995) chamou a atenção para a forma como os profissionais da área têm trabalhado com a relação atividade física e saúde, incorporando-a sem grandes questionamentos, de modo que, na maioria das vezes, apenas buscam

comprovar esta relação por meio de pesquisas com base nas ciências empírico-analíticas, com o intuito de encontrar respaldo para continuar afirmando a positividade desta relação.

Isto pôde ser verificado quando procuramos por referências na área. Foi recorrente encontrar trabalhos que tratavam apenas dos benefícios da prática de atividade física para a saúde, sem maiores menções à área ou ao profissional envolvido, o que nos gerou questionamentos. Por exemplo, quando tentamos identificar os *caminhos da Educação Física na saúde*, estes nos pareceram ser, de modo geral, os *caminhos da atividade física*, como se fossem sinônimos. Desse modo, acreditamos ser pertinente refletirmos neste momento sobre *Educação Física e atividade física*.

Segundo CARVALHO (2001c), o termo Educação Física não é neutro:

No decorrer da sua existência ele foi sendo definido pela ótica de determinada sociedade e sinalizado pelo tempo. Contudo, o significado que o termo carrega, implícito nas diferentes concepções, não foge à mera associação com a atividade física de maneira geral. Verifica-se, predominantemente, o entendimento parcial, limitado ao conteúdo de determinada atividade (fazer Educação Física é jogar basquetebol) que, por sua vez, está relacionado às necessidades que foram historicamente assumidas pela Educação Física. (p. 95).

Nessa perspectiva, o entendimento do conteúdo fica reduzido. Isto é preocupante, uma vez que, se a atividade física está na mesma dimensão da Educação Física, questões relacionadas à formação profissional, objetivos e conteúdos de programas da área, produção de conhecimento entre outros, ficam em segundo plano ou nem aparecem.

A definição da atividade física é apresentada, com poucas variações, como qualquer movimento corporal que resulta em um substancial aumento do gasto energético acima dos níveis de repouso (BOUCHARD, 1994; MANIFESTO, 2003; SHEPHARD, 1995). Mas a atividade física traz outras conotações que vão além da

sua definição física, o que torna ainda mais importante a distinção entre os termos, em particular sobre seu papel na sociedade.

Contemporaneamente, a sociedade tem direcionado a atenção para a atividade física pela sua capacidade de delinear corpos saudáveis, fortes, belos, muitas vezes incentivando seu aspecto mercadológico, o que pode também mascarar outros determinantes do setor de saúde e do quadro social brasileiro. Também foi possível observar que, se até pouco tempo atrás o discurso enfatizava a atividade física como produtora de saúde, hoje, paralelamente a esse discurso, convive-se com a disseminação de outro que, ganhando cada vez mais espaço, vincula a atividade física, por si só, ao poder de remediar a doença (CARVALHO, 2001c).

Ainda que a atividade física seja a expressão predominante dos conteúdos da área, o modo como o profissional trabalha com ela pode determinar a forma pela qual as pessoas entendem e se apropriam da sua prática. Pensar na Educação Física implica considerar a formação, o profissional que vai refletir sobre o grupo ou indivíduo com o qual trabalha, a sociedade nos planos histórico, econômico e cultural para, a partir de então, pensar, elaborar e propor conteúdos. Falarmos apenas em atividade física diz respeito a uma tarefa, uma atividade, com o intuito de verificar os efeitos provocados por ela.

No sentido de superar o entendimento restrito da Educação Física como sinônimo de atividade física, e de propor o desenvolvimento dos seus conteúdos de maneira a não perder de vista a história, o espaço no qual propomos desenvolver as atividades e, sobretudo, as pessoas, é que elaboramos um projeto de Educação Física.

Existem discussões e divergências a respeito da caracterização da identidade da Educação Física, por exemplo, segundo TANI (1996), ela é uma área com curta história acadêmica e, como consequência, lida com problemas como a falta de definição clara de sua identidade como área de conhecimento, de delineamento de linhas de pesquisa, de organização e sistematização dos conhecimentos produzidos e de sua utilização na preparação profissional. Autores como BETTI (1996), TANI (1996) e BRACHT (1999) apresentam diferentes perspectivas referentes a essa discussão.

Sem a pretensão de discutir cada uma das proposições existentes acerca da Educação Física ou propor uma nova discussão, apenas apresentamos aquela que mais se aproximou do nosso entendimento sobre a Educação Física. Segundo BRACHT (1999), a Educação Física é "... uma prática de intervenção e o que a caracteriza é a intenção pedagógica com que trata um conteúdo que é configurado / retirado do universo da cultura corporal de movimento"; e complementa: a Educação Física interroga "o movimentar-se humano sob a ótica do pedagógico" (BRACHT, 1999, p. 32).

Este é, portanto, um aspecto que está presente nos diferentes âmbitos de atuação do profissional da área, não só na escola. Assim, também quando pensamos em desenvolver os conteúdos da área de modo a relacioná-los à saúde, o enfoque pedagógico prevaleceu, tentando tratá-los também segundo as próprias características do trabalho dos Centros de Saúde, como discutiremos mais adiante.

Essa compreensão, no entanto, não é hegemônica. Nos itens seguintes tratamos de políticas públicas de saúde e de algumas intervenções do educador físico no serviço público de saúde, que denotam modos diferentes de tratar a questão.

4.1 Programas e campanhas governamentais

Neste tópico, apresentamos então algumas propostas que estão sendo desenvolvidas no âmbito governamental, que destacam a atividade física como elemento de saúde, com o intuito de situarmos o modo como a prática de atividade física (e não a Educação Física, como observamos) tem sido envolvida ou considerada na área da Saúde Pública, uma vez que propomos a atuação do profissional da Educação Física especificamente nesse campo de intervenção.

Observamos uma recorrente preocupação em implementar programas ou campanhas nacionais que estimulam a prática regular de atividade física como uma das políticas de Saúde Pública de alguns países como, por exemplo, o Brasil, a Holanda e o Canadá. Esta pode ser uma tendência devido às evidências que, segundo SHEPHARD (1995), dão suporte ao valor da prática regular de atividades físicas na prevenção e no tratamento de doenças como: hipertensão, diabetes do tipo

II, osteoporose, doenças coronarianas, depressão, ansiedade, obesidade, entre outras. Além disso, a questão econômica para se avaliar o impacto da atividade física também tem sido relevante, devido a possível redução de gastos com saúde, se as pessoas tiverem um estilo de vida mais ativo.

No Brasil, é conhecido o programa *Agita São Paulo*, que hoje já aumentou suas proporções para o *Agita Brasil*¹, que está vinculado à Secretaria de Práticas de Saúde como um programa de promoção da saúde. Tem como proposta elevar o nível de atividade física de cada pessoa. As justificativas estão relacionadas, como dito anteriormente, aos problemas de saúde que podem ser causados pelo sedentarismo, assim como pelos altos custos que a inatividade física gera economicamente com gastos em saúde. Este programa preconiza que as pessoas devem realizar cerca de trinta minutos de atividade física, na maioria dos dias da semana, em intensidade leve ou moderada, podendo ser de forma contínua ou acumulada. É sugerido que as atividades sejam realizadas em três momentos: nas atividades domésticas, no transporte e no lazer. O programa tem como populações-alvo trabalhadores, escolares, idosos e pessoas com doenças crônico-degenerativas. Prevê construção de parcerias com diferentes instituições e organizações e participação de municípios, estados e do Ministério da Saúde. Trabalha com a idéia de capacitação de multiplicadores e divulgação do programa nas entidades envolvidas e fora delas, com preparação de material promocional (selos, adesivos, bonés), panfletos, faixas, cartazes que tenham mensagens do programa, guias para agentes multiplicadores e promoção de eventos e palestras que enfoquem a atividade física.

O modelo do *Agita Brasil* inspirou a Organização Mundial da Saúde (OMS) no Dia Mundial da Saúde do ano de 2002, que preconizou a importância da atividade física para uma vida saudável. O slogan do evento foi “*Agita Mundo – Move for Health*”.

Outro exemplo de iniciativa governamental de estímulo à prática de atividade física é realizado na Holanda. Esse país foi escolhido pelo período em que a iniciativa vem se desenvolvendo e pelos desdobramentos que aconteceram. A campanha é intitulada *Netherlands on the Move* e teve início no ano de 1995. O

¹ As informações sobre o *Agita Brasil* foram obtidas do texto *O que é o Agita Brasil*, disponível na internet em: <<http://www.saude.gov.br/sps/areastecnicas/promocao/agita%20brasil.htm>>.

objetivo é conscientizar sobre a importância da atividade física e aumentar a porcentagem da população com estilo de vida ativo. No início, a população alvo era de pessoas com cinquenta e cinco anos ou mais. A partir de 1997, o foco da campanha passou a ser os jovens e em 1999 pessoas de meia idade. Esta campanha está programada para continuar até o ano de 2003 (KROES & GREEF, 2000).

No mesmo país, há um programa que trabalha mais especificamente com oportunidades para a prática de atividade física. A população alvo abrange pessoas com mais de sessenta e cinco anos e se chama *Meer Bewegen voor Onderen* (*Mais exercício para os idosos*). Foi implementado oficialmente no ano de 1980 e tem como objetivo incentivar o estilo de vida ativo, buscando promover um funcionamento ótimo nos idosos, não só fisicamente, mas também mental e socialmente. Segundo KROES & GREEF (2000), as atividades são preparadas com base nas preferências, necessidades e capacidades dos idosos e também tentam enfatizar a interação social, a cooperação e o trabalho em grupo.

A estrutura do *Meer Bewegen voor Onderen* está organizada em níveis. No nível nacional, as principais tarefas são monitorar os diversos programas, preparar cursos de treinamento de liderança, pesquisar e fazer o *marketing*. Já o nível provincial é responsável por assistir a implementação de projetos locais, assim como incentivar a criação de novos projetos e aplicar os cursos de treinamento. O nível local é responsável por sustentar as oportunidades de prática de atividade física na comunidade. As atividades são geralmente financiadas, parte pelo governo e outra paga pelos participantes. Segundo os autores, a quantia é relativamente pequena e não impede a participação de pessoas de menor renda (KROES & GREEF, 2000). O valor da taxa cobrada não é citado. É preciso ressaltar que se trata de um país rico e que pessoas de menor renda para eles pode não ter o mesmo significado quando comparamos com países mais pobres.

O Canadá² tem sido referência para os trabalhos desenvolvidos na área da saúde, com trabalhos que inspiraram as primeiras discussões sobre promoção da

² As informações sobre as iniciativas do Canadá foram obtidas no *site*: [http://: www.hc-sc.gc.ca](http://www.hc-sc.gc.ca). A partir deste endereço, é possível ter acesso a informações específicas sobre saúde e conseguir os arquivos completos sobre os principais guias de orientação e programas desenvolvidos no país.

saúde. O que chama a atenção no caso do Canadá é que têm sido também contempladas as questões da área da Educação Física. Quanto ao incentivo para a prática de atividade física, o governo federal estabeleceu em 1961 a lei para o esporte amador e *fitness*, sendo que a responsabilidade por esta lei é atribuída ao Ministério da Saúde. A intenção é promover a atividade física entre os canadenses no sentido de melhorar a saúde e o bem-estar. Algumas iniciativas são: desenvolver estratégias e políticas de liderança, encorajar a pesquisa na área e a disseminação de informação e estabelecer parcerias e alianças entre as organizações governamentais, não governamentais e o setor privado.

O governo, em seus diferentes níveis, em conjunto com setores privados, comunidades e indivíduos, tem como meta diminuir o número de pessoas fisicamente inativas para cerca de dez por cento no ano de 2003. Se este objetivo for alcançado, estima-se que se reduziria o custo com gastos com cuidados médicos durante a vida dos canadenses em cerca de cinco bilhões de dólares.

As iniciativas estão organizadas, basicamente, em duas direções: uma trabalha com a preparação de guias de orientação, chamados de “Guias para uma vida ativa” (*Active Living Guides*). Há quatro temas diferentes: um mais geral intitulado “Guia de atividade física de saúde para o Canadá”, que trata dos diferentes tipos de atividade física (como alongamentos e exercícios aeróbicos), outros dois separados pela população alvo, idosos e crianças, e um último sobre atividade física no local de trabalho. A outra forma de iniciativa são os programas que trabalham em diferentes perspectivas, como eventos (*World Health Day*), campanhas anuais (*Summeractive 2001, 2002*) e programas direcionados para prevenção de doenças do coração, de saúde no trabalho e programas de incentivo à prática de atividade física de modo geral – *Fitness and Activity Living e Vitaly Program*.

Algumas informações sobre como conseguir um estilo de vida mais ativo se assemelham às propostas do *Agita Brasil*: como acumular dez minutos de atividade física com atividades domésticas, de trabalho ou de lazer, usar escadas ao invés do elevador, descer do ônibus pontos antes de sua parada.

É claro que, tanto no caso da Holanda como no do Canadá, são países com situações econômicas e sociais diferentes do Brasil, mas demonstram que a intenção de promover um estilo de vida ativo entre as pessoas não é preocupação de

um tipo de país ou de outro e, apesar das diferenças sócio-econômicas e culturais, foi possível identificar estratégias semelhantes, o que denota que os princípios envolvidos para se pensar a relação entre atividade física e saúde em tais estratégias também têm sido os mesmos.

No entanto, não observamos discussões acerca da Educação Física e de intervenções específicas do profissional, ou da criação de oportunidades de acesso para a realização de tais práticas. A atividade física figura como uma obrigação, uma necessidade, na maioria das vezes, descontextualizada das condições de vida das pessoas. Por exemplo, pode não ser fácil, nem tão pouco agradável, seguir certas orientações como descer alguns pontos de ônibus antes de chegar ao serviço, sabendo que lá a pessoa vai ter pela frente um dia todo de trabalho. Assim, precisamos considerar os fatores que dão condições para que as pessoas realizem uma atividade física com o mínimo de qualidade, por exemplo, com relação ao tempo disponível. Isso nos remete à questão das tarefas diárias, às condições de vida e de trabalho que, na maioria das vezes, não permitem as pessoas nem mesmo ter uma qualidade de vida digna (CARVALHO, 2001c).

Observamos que, no caso do Canadá, existem ações no sentido de orientar as pessoas sobre atividades disponíveis em suas comunidades, de desenvolver programas no espaço de trabalho e um número maior de estratégias que incentivam um estilo de vida ativo. No exemplo da Holanda, existe uma ação que cria oportunidades para a prática, apesar da cobrança de taxa dos participantes. Se pensarmos no Brasil, é muito provável que a cobrança de taxa seja um fator limitante para a participação. Aqui, as propostas estão mais direcionadas para oferecer informações técnicas às pessoas, como quantas vezes por semana praticar atividade física, por meio de eventos e da preparação de multiplicadores que levam as mensagens do programa. As parcerias citadas no projeto, com instituições e organizações, podem ser um caminho para aproximar aquilo que é preconizado no programa de espaços que dêem oportunidade de acesso às pessoas para praticar atividades físicas.

Estas são propostas que vêm ganhando força, pois tratam das questões dos benefícios da prática regular de atividade física para a saúde, de como inseri-las no dia-a-dia para um grande número de pessoas, entretanto, representam um modo

de atenção às questões relativas à saúde e atividade física. Nesse sentido, nossa proposta apresenta um enfoque diferente, que não nega essas iniciativas, porém, traz a ressalva da importância do trabalho coletivo, do acesso as práticas da área, das experiências e saberes que as pessoas trazem que podem estar qualificando a questão da prática da atividade física.

A seguir, passamos para iniciativas locais que envolvem a intervenção do educador físico em serviços públicos de saúde.

4.2 Ações do profissional de Educação Física no serviço público de saúde

Neste tópico, apresentamos algumas propostas locais que incluem o educador físico intervindo nas diferentes modalidades de serviço público de saúde da cidade de São Paulo, para contextualizarmos nossa proposta com outras iniciativas que se desenvolvem no mesmo setor. Além disso, tratar de tais programas foi importante porque pudemos identificar se há espaço, necessidade e, conseqüentemente, pertinência desse profissional em tais serviços.

No Hospital das Clínicas, existe o Centro de Promoção da Saúde (CPS)³. As atividades deste centro tiveram início no ano de 1999 e são desenvolvidas por uma equipe multiprofissional - médico, fisioterapeuta, nutricionista, psicóloga e educador físico - que oferece orientação para pessoas com perfil de risco para desenvolver doenças como hipertensão, diabetes e obesidade, ou que já tenham alguma delas, com o objetivo de incentivar o cuidado com a saúde.

A intervenção é feita no sentido de mudar comportamentos, com base em quatro pontos associados: informação, compromisso, treinamento e controle. A participação no programa acontece da seguinte forma: após procurar o CPS, a pessoa responde um questionário e participa de uma palestra com os diferentes profissionais envolvidos, exceto o médico. Os temas tratados são: estresse, orientação nutricional e sexual, prevenção de acidentes e tabagismo. Em seguida, é

³ As informações sobre o Centro de Promoção da Saúde do Hospital das Clínicas foram obtidas com o fisioterapeuta que compõe o grupo de atividade física e com um trabalho realizado por uma aluna do curso de mestrado da Escola de Educação Física e Esporte da USP, no qual foi entrevistado o diretor do referido centro.

feita uma consulta com o médico, na qual são investigadas questões relacionadas a hábitos e cuidados com a saúde, entre outras. A seguir, dependendo da possibilidade de vagas, as pessoas são encaminhadas para os diferentes grupos: atividade física, tabagismo, estresse e nutrição. A participação pode ser em um ou mais grupos. O perfil da população é de pessoas adultas e de baixa renda.

O grupo de atividade física é orientado por um educador físico e um fisioterapeuta. O programa tem duração de cinco semanas, com sessões de uma hora e meia. Em cada aula discute-se um tema, barreiras para a prática de atividade física, orientações posturais, autocuidado, policiamento (agir como multiplicadores das informações) e benefícios da atividade física. Em seguida, é realizada uma atividade física, geralmente caminhada e exercícios de alongamento. Ao final de cinco encontros, as pessoas vão para a fase de manutenção, que dura um ano. Neste momento as sessões passam a ser mensais. Os profissionais envolvidos são voluntários, ligados aos programas de pós-graduação da faculdade de Medicina da USP.

Outro exemplo de intervenção do educador físico em serviço de saúde público é o programa desenvolvido no Instituto Dante Pazzanesi⁴. Ele teve início no ano de 1972 com o trabalho de um médico e um educador físico. As aulas eram realizadas em uma sala improvisada e as atividades eram exercícios aeróbios, em esteiras e bicicletas ergométricas, e localizados. Atualmente, o programa funciona em um ginásio mais apropriado e conta com uma equipe formada por dois médicos e duas educadoras físicas. Neste caso, as pessoas que participam das atividades são de nível sócio-econômico mais elevado. O enfoque do programa é voltado basicamente para a reabilitação cardiovascular e apenas uma turma se dedica à prevenção. Para participar, as pessoas precisam de indicação médica e estabelecer alguma relação prévia com o Instituto, como já ter feito consulta ou tratamento no serviço. No programa do Dante Pazzanesi, antes de iniciarem as atividades, as pessoas fazem, obrigatoriamente, uma avaliação clínica, na qual o médico pode solicitar os exames que julgar necessários e um teste ergométrico. Este último é realizado a cada três meses, durante o primeiro ano do aluno no programa e,

⁴ As informações sobre o programa desenvolvido no Instituto Dante Pazzanesi foram obtidas com uma das educadoras físicas que trabalha neste serviço.

posteriormente, uma vez por ano, caso o quadro clínico esteja estável. As aulas têm duração de sessenta minutos, com turmas de duas ou três vezes por semana. De modo geral, as atividades são realizadas da seguinte forma: cinco minutos para o aquecimento, trinta minutos de exercício no ciclo-ergômetro e vinte e cinco minutos de exercícios localizados. Uma ou duas vezes por semana são feitas também atividades recreativas, na maioria das vezes, jogo de vôlei adaptado.

O CSE Geraldo de Paula Souza⁵, vinculado à Faculdade de Saúde Pública da USP, também desenvolve atividades relacionadas à Educação Física. As atividades tiveram início no serviço quando uma nutricionista começou a trabalhar com orientações para diabéticos, hipertensos e obesos e convidou a funcionária, que é graduada em Educação Física, para desenvolver atividades físicas junto a esse grupo. Houve oscilação do número de pessoas que participavam, com uma crescente diminuição. No entanto, elas foram percebendo que o perfil era de pessoas idosas e, então, criaram o grupo de Idosos que, entre outras práticas, inclui a atividade física. Esse grupo existe há, aproximadamente, 13 anos. Os encontros acontecem duas vezes por semana e os principais conteúdos são: caminhadas, exercícios posturais e respiratórios. Antes de começar, os interessados precisam passar pelo médico para terem o atestado de “apto” para realizarem atividades físicas e fazerem parte do grupo de assistência social (durante um ano). No momento dessa pesquisa, que foi feita em setembro de 2002, o prédio estava em reforma, por isso, as aulas estavam sendo realizadas uma vez por semana, apenas para o grupo mais “velho”, o grupo “novo” tinha parado.

A responsável pelas atividades disse que a “instituição parece que ainda não tem consciência da importância, do valor da Educação Física”. Para ela, se isso acontecesse, não teriam diminuído o tempo e o número de grupos que faziam atividade física. Ela também relatou que essa iniciativa partia só dela, porque gostava, e não da instituição. Pelos seus relatos, percebemos que questões relacionadas à área estavam presentes no cotidiano do serviço de diferentes formas: na indicação do médico para seu paciente praticar atividade física, nos convites de

⁵ As informações sobre o Centro de Saúde Geraldo de Paula Souza foram obtidas por meio de uma pesquisa no serviço. Foi entrevistada a enfermeira chefe, que falou sobre os programas de orientação desenvolvidos e informou que o CSE tem uma agente sanitária que é formada em Educação Física e desenvolve algumas atividades relacionadas com a área, que foi entrevistada posteriormente.

outros profissionais para tratar do tema em outros atendimentos e no próprio relato de que o grupo que faz atividade física existe há cerca de 10 anos. Segundo a funcionária, o médico sempre colocava na receita dos pacientes “fazer caminhada” e comentou que, quando as pessoas com essa indicação passavam por ela, era possível dar orientações de como fazer a atividade, de seus efeitos e da sua importância. A entrevistada lamentava não ter como saber se aqueles que foram orientados fizeram ou não a caminhada. Não sabemos das outras atribuições desta funcionária, mas uma vez que ela está no serviço, em contato com os outros profissionais, acreditamos ser possível um melhor direcionamento das pessoas para as quais é indicada a prática de atividade física, assim como uma integração maior entre os profissionais, não só para saber se as pessoas aderiram ou não à prática, mas para tornar as atividades da área mais efetivas no serviço.

Outro ponto se refere à participação em outros grupos dando orientação sobre atividade física. A entrevistada deu o exemplo do grupo do Climatério. Segundo a funcionária, as mulheres chegam tristes e deprimidas, e então ela fala da atividade física como um fator importante de melhora. Usa os efeitos provocados pela endorfina e serotonina, liberados durante o exercício, para justificar os resultados benéficos da atividade e conseqüente melhora no bem estar, destacando os efeitos fisiológicos da prática da atividade física para a saúde.

No caso deste serviço, a atividade física está no Centro de Saúde a partir de uma iniciativa individual de uma funcionária, que oferece as atividades porque gosta e tem formação profissional, mas não parece integrada à rede de atendimentos oferecidos.

De modo geral, observamos que a questão da prática de atividade física como fator de saúde tem desencadeado ações governamentais (campanhas e programas nacionais) e locais, que apontam para a participação do educador físico no serviço de saúde. No entanto, é notável que há muita referência à atividade física e pouca à Educação Física. A atividade física é o elemento central, o que limita o entendimento da ação do profissional e do conteúdo da área, afastando também a questão da pessoa, do grupo com o qual se trabalha, para quem estamos dizendo que “a atividade física faz bem para a saúde”, discurso recorrente entre os profissionais da área. Esse quadro nos remete a pensar na questão do sujeito e da

forma como temos nos aproximado dele em nossas atuações, aspecto que será discutido no item sete deste trabalho.

4.3 Referências ao profissional de Educação Física nos centros de saúde

Foi possível encontrar na literatura e em documentos oficiais algumas indicações da intervenção do educador físico nos Centros de Saúde, mas ainda de maneira apenas sugestiva, sem relatos de experiências ou discussões quanto à sua participação nesse espaço. Em documento produzido pelo Conselho Federal de Educação Física (CONFEF, 2002) sobre a intervenção do profissional específico, com base na resolução n. 046/2002, no item quatro acerca dos locais de intervenção, temos que:

O profissional de Educação Física atua como autônomo e/ou em instituições e órgãos públicos e privados de prestação de serviços em Atividade Física, Desportiva e/ou Recreativa em quaisquer locais onde possam ser ministradas Atividades Físicas tais como: Instituições de Administração e Prática Desportiva, Instituições de Educação (...), Centros de Estética, Clínicas, Instituições e Órgãos de Saúde, 'SPAs', Centros de Saúde, Hospitais, Creches, Asilos. (não paginado).

Percebemos, por esta passagem, que a intervenção do educador físico em serviços de saúde está sendo pensada. No entanto, a atuação do profissional parece reduzida a “ministrar aulas de atividade física”, e seus meios relacionados à instrumentalização para medir e avaliar diferentes capacidades físicas, aplicar cargas e demonstrar técnicas, segundo o mesmo documento. Trabalhar com esta idéia favoreceria uma visão fragmentada e unicamente biológica do ser humano. Acreditamos que a atuação do educador físico não se resume a essa concepção, nem mesmo seu conteúdo. Além disso, o entendimento da atuação do profissional como autônomo pressupõe que não haja vínculo junto aos serviços.

De maneira contextualizada, GRAÇA e VAZ DE ALMEIDA (1998) citam a necessidade de se descentralizar os campos de intervenção tradicionais “apoiantes da atividade física” para empresas, sindicatos, organizações não governamentais, associações recreativas, culturais e ambientais e também sugerem os *centros de saúde*. Segundo os autores, estes seriam espaços alternativos que poderiam aproximar os cidadãos da prática de atividades físicas.

FLORINDO (1998) também afirma que é preciso estender o campo de intervenção da Educação Física, sendo que seus profissionais podem fazer parte de uma equipe multidisciplinar na área da saúde “inclusive junto com a comunidade, orientando para a prática de atividades físicas, de acordo com as características regionais e populacionais” (FLORINDO, 1998, p.88). O autor também sugere ações que possam integrar um projeto de promoção da saúde para a Educação Física: programas de ciclovias, programas de ginástica laboral e programas de atendimento gratuito em avaliação física e prescrição de exercícios físicos em Centros de Saúde. Essa caracterização de programa e da possibilidade de intervenção do profissional parece reducionista, na qual o educador físico assumiria uma postura semelhante à do “médico”, no sentido de avaliar/diagnosticar a pessoa e depois receitar/prescrever o que é preciso fazer.

A nossa visão sobre as possibilidades de intervenção do educador físico nos Centros de Saúde se diferencia dessa concepção e pode ser melhor entendida com base no projeto desenvolvido no CSE Samuel B. Pessoa que será apresentado posteriormente.

Na literatura, ainda são vagas e pouco consistentes as referências ao educador físico como um profissional atuante nos Centros de Saúde. Há destaque para a ampliação do campo de intervenção, em especial contemplando a área da Saúde Pública, que ressalta as várias dimensões da saúde e, portanto, considera a atuação de profissionais diferenciados. No entanto, ainda é necessário pensar nessa possibilidade, no sentido de estruturar propostas de trabalho do profissional específico, que favoreçam o acesso às práticas da área, de forma coerente com a perspectiva de trabalho destes serviços. Compreender melhor o que tem sido realizado no âmbito da saúde, em particular a proposta da promoção da saúde, pode nos ajudar a refletir sobre as perspectivas de atuação do profissional na área.

4.4 As discussões sobre promoção e educação em saúde

A área da Saúde Pública tem realizado discussões acerca da *promoção da saúde*, assim como sobre sua área de intervenção, já que ela está figurando como proposta para melhoria das condições de saúde. Este tem sido o assunto tratado nas Conferências Internacionais sobre Promoção da Saúde, realizadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que vêm acontecendo desde 1986, cuja primeira sede foi Ottawa, Canadá. A seguir tratamos das definições atribuídas ao termo em questão.

A primeira conferência citada, Ottawa (1986), define a *promoção da saúde* como:

... processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o ambiente. (BRASIL, 2001, p.19).

Segundo BUSS (2000), nos últimos 25 anos, o conceito de *promoção da saúde* vem sendo elaborado em diferentes conjunturas, por pessoas de diversas formações. Eventos, pesquisas e publicações têm contribuído para aproximações a conceitos e práticas mais precisas para este campo. O autor afirma que as conceituações disponíveis para a *promoção da saúde* podem ser reunidas em dois grandes grupos. Em um deles, elas estão relacionadas às atividades voltadas à transformação dos comportamentos dos indivíduos, tendem a privilegiar os componentes educativos, ligados primeiramente a riscos comportamentais passíveis de mudança, como o hábito de fumar, a dieta e as atividades físicas. No outro, a *promoção da saúde* estaria mais representada pelos determinantes gerais das condições de vida, como habitação e saneamento, padrão adequado de alimentação e nutrição, oportunidade de educação, entre outros. As atividades estariam mais voltadas ao coletivo de indivíduos e ao ambiente, considerando o ambiente físico,

social, político, econômico e cultural, e seriam postas em prática por meio de políticas públicas e condições favoráveis ao desenvolvimento da saúde e do reforço da capacidade dos indivíduos e das comunidades. Esta seria a caracterização moderna da *promoção da saúde*.

A *educação em saúde* é apresentada como uma estratégia da *promoção da saúde*. Segundo CANDEIAS (1997), ela é uma das atividades técnicas voltadas para a saúde, que tem como especificidade organizar logicamente o componente educativo de programas que se desenvolvem em ambientes como: escola, local de trabalho, ambiente clínico, em seus diferentes níveis de atuação, e comunidade. PEREIRA, PENTEADO e MARCELO (2000) lembram que, na verdade, elas são inseparáveis, já que a *promoção da saúde* só se concretiza por meios das ações de *educação em saúde* que ocorram simultaneamente.

RICE e CANDEIAS (1989) mostram que, para a OPAS/OMS⁶, o sistema de atendimento em saúde deve transformar a *educação em saúde* em um fato cotidiano e permanente e, para que ela seja bem sucedida, as autoras destacam como pré-requisito a necessidade da qualificação de pessoal nas diferentes áreas da saúde, e de se trabalhar com técnicas e metodologias condizentes com as características do ambiente e da população. Portanto, para que a promoção e educação em saúde possam ser colocadas em prática de maneira eficiente, é preciso que várias ações sejam pensadas e desenvolvidas em conjunto, sempre tendo em primeiro plano a população para a qual elas estão sendo oferecidas, o que demanda apoio financeiro, técnico e humano.

No que se refere ao campo de ação, PELICIONI (1999) apresenta o que a primeira Conferência de Promoção da Saúde definiu para essa área: a criação de ambientes favoráveis à saúde, o reforço da ação comunitária, o desenvolvimento de habilidades individuais e a reorientação dos serviços de saúde.

Quanto a este último ponto, chamamos a atenção, em especial para o espaço dos Centros de Saúde, como campo de ação da promoção e educação em

⁶ A Organização Mundial da Saúde (OMS) é um organismo internacional de saúde que, segundo sua constituição, tem como objetivo “obter/alcançar para todas as pessoas o maior nível possível de saúde” (WHO, 2002). A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) também é um organismo internacional de Saúde Pública relacionada aos países das Américas e atua como escritório regional da OMS. Mais informações podem ser obtidas nos sites: www.who.int e www.opas.org.br/opas.cfm.

saúde, como local viável para sua prática, com a recuperação da importância da sua linha de trabalho, de voltar a atenção para esses centros que a comunidade tem acesso com maior frequência, que trabalham com diferentes profissionais, podem planejar atividades segundo a demanda da população, e que, apesar das dificuldades, já propõem trabalhos voltados para essa área.

A proposta de reorientação dos serviços de saúde na concepção da *promoção da saúde* caminha no sentido de superar o modelo biomédico, centrado na doença como fenômeno individual e na assistência médica curativa, que tem sido a principal forma de intervenção, o que implicaria transformações tanto na organização e financiamento dos sistemas e serviços de saúde, como nas práticas e na formação dos profissionais (BUSS, 2000).

Há que se fazer uma consideração final acerca das propostas mais recentes⁷ na área da saúde que incluem, além da *promoção da saúde*, o Programa de Saúde da Família (PSF) e a redução da vulnerabilidade, entre outras, que se refere ao alerta de AYRES (2001), quando discute que estas propostas podem indicar um período de mudanças nas práticas de saúde, em um momento em que a crise na saúde tem sido discutida. Para o autor, há que se estar atento para os “perigos” que acompanham estas novas oportunidades, sendo o principal deles o das ideologias vazias, que podem fazer destas novas propostas apenas:

... um rearranjo político-institucional de um mesmo sistema de saúde ainda extremamente excludente do ponto de vista social, limitado em seus impactos tecnológicos e perverso na perspectiva econômica; podem fazer das propostas de promoção da saúde uma nova forma de manter a atenção primária numa posição marginal à organização da assistência à saúde e reiterar a equivocada compreensão de seu modo de ação como uma 'tecnologia simplificada'... (AYRES, 2001, p. 64).

⁷ No Brasil, a partir de janeiro de 2003, teve início um novo governo, que pode trazer mudanças no modo de entender e de se praticar as propostas existentes no país e no sistema de saúde, assim como criar outras.

No que se refere à Educação Física, é preciso ainda um esclarecimento relativo à proposta da *promoção da saúde* para que não seja reforçada a incorporação reducionista e o uso indiscriminado desse termo em suas práticas, teorias e na formação profissional.

5 O SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE: UM CAMPO DE INTERVENÇÃO PARA O EDUCADOR FÍSICO

Neste tópico, tratamos de aspectos relacionados aos serviços de saúde, de modo geral, e aos Centros de Saúde, particularmente. Também discutimos tendências de intervenção e questionamentos da área da saúde, para identificarmos o contexto no qual estamos desenvolvendo nossa proposta, assim como para nos posicionarmos diante dos recortes escolhidos para o projeto de pesquisa em questão.

5.1 O serviço público de saúde

Começamos pela origem do serviço público de saúde. Na sociedade Medieval, a Igreja era responsável pelo cuidado de órfãos, viúvas, doentes, entre outros. A assistência social genérica incluía o cuidado de doentes e os hospitais também funcionavam como hospedarias ou abrigo para pobres, peregrinos e inválidos (LEWINSKI-CORWIN¹, apud SINGER, CAMPOS & OLIVEIRA, 1988). Com a Reforma, a Igreja começou a diminuir o controle da assistência e o Estado passou a ter participação cada vez maior no cuidado com a população.

Depois disso, os serviços de assistência social passaram a ter nova demanda quando, a partir do século XVI, ampliou-se o comércio de longa distância e o crescimento das cidades, com o capitalismo comercial e depois manufatureiro, criando desordem entre senhores e camponeses, aumentando o número de

¹ E. H. LEWINSKI - CORWIN. *Hospitals and sanatori*. Encyclopedie of the Social Sciences. Nova York, The MacMillan, 1932.

marginalizados². Isso fez com que o Estado assumisse o cuidado e controle dessas pessoas, mesmo nos países predominantemente católicos, e os serviços de saúde tiveram sua origem nessa transformação institucional (SINGER, CAMPOS & OLIVEIRA, 1988).

As relações entre os homens continuaram se alterando, ocasionando transformações que acompanharam também os serviços de saúde, buscando cada vez mais formas de prevenir e curar (SINGER, CAMPOS & OLIVEIRA, 1988). Em cada época, portanto, a saúde passa por situações diferentes, recebe mais ou menos atenção, mudam as doenças, decorrentes do modo de vida da sociedade, das relações de trabalho e, por isso, a forma como os serviços de saúde estão organizados deve ser constantemente verificada, a fim de saber se as necessidades estão sendo atendidas, o que implica verificar também as ações desenvolvidas por esses serviços.

De modo geral, podemos observar que os serviços de saúde no Brasil tiveram uma incorporação distorcida de tecnologia, com predominância da medicina curativa, do trabalho individual e do hospital, sobre o ambulatório e a Saúde Pública. E o enfrentamento dos problemas das doenças dos pobres com simplificação da tecnologia confirma o descaso com que a promoção da saúde da maioria da população é tratada (CAMPOS, 1991).

Neste sentido, MERHY e ONOCKO (1997) afirmam que as ações em saúde devem ser questionadas e preparadas sobre um “modelo de atenção à saúde”. Para os autores, é importante que as formas de atuar levem a um “compromisso ético-político” com a vida e que a democracia seja apoiada, de modo que revertam benefícios para a qualidade de vida das pessoas. A saúde não deve, portanto, ser vista como um produto de mercado, mas como um bem público. Nesta lógica, se os conteúdos da Educação Física forem apenas mais um produto para conquistar saúde, continuarão distante de muitas pessoas que não têm condições de pagar pelo atendimento do educador físico. É neste sentido que se propõe inserir a participação do profissional específico nos serviços públicos de saúde.

² A palavra "marginalizado" é usada por SINGER, CAMPOS & OLIVEIRA para denominar as pessoas que por alguma razão estavam à margem da vida social organizada.

MERHY (1997) apresenta um fluxograma para os serviços de saúde, de modo que as ações nestes espaços estejam centradas no usuário e a intervenção, por sua vez, seja pensada e realizada a partir dos problemas dos usuários para que se contribua com a autonomia de cada um, prevalecendo aí um trabalho que valoriza a perspectiva humanitária do serviço³.

Nossa proposta de inclusão do educador físico no serviço público de saúde foi concebida com base nesta dimensão humana: que promove o pensar e o intervir segundo interesses, conhecimentos e experiências trazidos pelas pessoas participantes, em busca de uma ação mais significativa tanto para o profissional como para as pessoas envolvidas.

Para se discutir saúde e formas de atendimento, é também preciso considerar o desenvolvimento das doenças na sociedade e a participação das pessoas nesse processo. As doenças crônico-degenerativas têm tido participação cada vez maior na taxa de mortalidade a partir da segunda metade do século XX. No Brasil, convivemos com a diminuição da fertilidade, o aumento da expectativa de vida, a diminuição de óbitos por causas infecciosas e aumento das doenças crônico-degenerativas. Esse quadro leva ao processo de prolongamento da vida e, portanto, maior número de pessoas susceptíveis a agravos na saúde. Assim, o desafio está em fazer com que estes anos a mais sejam acompanhados por uma melhor qualidade de vida. Esses dados ficam ainda mais graves quando consideramos o complexo problema de saúde do país, como os de saúde na infância, da violência e do meio ambiente (BARRETO & CARMO, 1998).

Para GADAMER (1996), as doenças crônicas representam um caso especial, que colocam em confronto a existência humana, de modo que todos nós devemos aprender a nos cuidar apropriadamente, isto é, essas doenças envolvem mais que a administração de remédios, envolvem mudanças de comportamento que muitas vezes entram em confronto com as preferências de cada um e com as condições de vida oferecidas pela civilização moderna. Elas demonstram os limites

³ CECÍLIO (1997) exemplifica com o hospital. Segundo o autor, este espaço está sendo visto com restrição, por isso algumas pessoas dizem que surgirá um novo hospital no qual a saúde será seu objeto de trabalho, em vez da doença, e aponta algumas questões sobre o papel hospitalar que precisariam ser discutidas: entre elas, que "o hospital é um território virgem de trabalho da perspectiva de humanização do atendimento e da defesa da vida", e que "é possível sim, pensar em promoção da saúde, em educação da saúde, em criação de vínculos, no espaço hospitalar" (CECÍLIO, 1997, p.300).

da especialização médica, técnica e científica, e é o tratamento dessas doenças que nos tem feito lembrar que o paciente é uma pessoa e não um “caso”. A relação médico/paciente durante o tratamento não se esgota em um momento particular, em uma consulta, mas continua por longo tempo, durante o qual é preciso trabalhar com a reação das pessoas diante do seu tratamento.

Dessa forma, o “*tratamento*” que devemos realizar com respeito a nós mesmos precisa valorizar a capacidade de ouvir e sentir o que é importante para cada um. Ainda segundo GADAMER (1996), nos momentos nos quais não estamos atormentados pela dor, somos capazes de experienciar a auto-realização entre as várias riquezas que o mundo nos oferece. Para o autor, isto também representa uma forma de “tratamento” e, apesar das conformações da sociedade industrializada, é preciso fazer o que for possível para aumentar o valor atribuído às medidas preventivas, em comparação com a importância dada somente à dimensão da cura.

Nesse sentido, SINGER, CAMPOS & OLIVEIRA, já na década de 80, afirmavam que o modo de vida dos países industrializados é um dos causadores do aumento do número de enfermos crônicos e concluíram que os serviços de saúde ficavam restritos ao oferecer terapias sintomáticas, na maioria dos casos. Para avaliar como tais serviços têm contribuído para melhorar o estado de saúde da população, é preciso buscar as causas das enfermidades, analisar o processo de produção social e natural deste estado. Ainda de acordo com os referidos autores, um dos pontos para avaliar o papel dos serviços de saúde nesse processo é analisar “a contribuição dos Serviços de Saúde à redução de causas incapacitantes, da mortalidade evitável e do ‘volume de sofrimento’ ocasionado pela morbidade.” (SINGER, CAMPOS & OLIVEIRA, 1988, p. 87).

Sem querer confundir os papéis dos diferentes profissionais atuantes nos serviços de saúde, acreditamos que o educador físico pode acrescentar e fazer parte dos trabalhos multiprofissionais, ao contribuir com ações que estejam direcionadas para tornar mais efetivo o papel desses serviços para melhorar o estado de saúde, e não só tratar da doença da população. A Educação Física privilegia a prevenção e a promoção, outras profissões como a Medicina, a Fisioterapia e a Psicologia, por exemplo, enfocam o tratamento e a recuperação. No entanto, no cotidiano, as ações se diversificam e se complementam, em função dos espaços nos quais os diferentes

profissionais exercem suas intervenções, dos grupos atendidos e das novas pesquisas, sendo difícil estabelecer os limites de cada profissão.

A seguir tratamos, particularmente, da forma como o serviço público de saúde está organizado no Brasil, assim como das questões políticas que envolvem o sistema de saúde.

5.2 O Serviço Único de Saúde (SUS)

Atualmente, o sistema de saúde brasileiro está organizado no: Sistema Único de Saúde - SUS. No documento produzido pelo Ministério da Saúde (1990), *ABC do SUS*, foi relatado como surgiu e como funciona tal sistema. A partir da inadequação de alguns aspectos como: falta de definição clara das competências dos vários órgãos e instâncias político-administrativas do sistema, excessiva centralização implicando muitas vezes em impropriedade das decisões, pela distância dos locais que ocorrem os problemas, desempenho descoordenado dos órgãos públicos e privados conveniados e contratados, um quadro de doenças de todos os tipos condicionadas pelo tipo de desenvolvimento social e econômico do país e que o sistema de saúde não conseguiu enfrentar com decisão, entre outros, direcionou-se a criação do SUS (BRASIL, 1990).

A configuração do SUS também é resultado do movimento da Reforma Sanitária, que aconteceu na década de 80, com a participação de diferentes setores da sociedade (intelectuais da área da saúde coletiva, profissionais do setor público dos serviços de saúde e movimentos comunitários), que se organizaram em função das discussões relativas às modificações e melhorias para a área da saúde. Entre as proposições orientadoras deste movimento estavam a constituição do SUS, a universalização e a equidade do direito à saúde, a integralidade, a descentralização e a participação social (COHN, NUNES, JACOBI & KARSCH, 1999).

CAMPOS (1997) chamou a atenção para o fato de se conseguir instituir um sistema público de saúde, contra o modelo neoliberal, em um momento em que se apontavam dúvidas acerca da capacidade do Estado de produzir bens e serviços, isto é, o setor de saúde se destacava com a implementação de um sistema público, com uma proposta que previa “ampliação quantitativa e qualitativa mediante a

adoção de mecanismos políticos e administrativos considerados inovadores”, contrapondo-se a atuação governamental de modo geral, onde prevalecia “a privatização, a contenção de gastos por meio de medidas que promoviam “austeridade” e “seleção de demanda” (CAMPOS, 1997, p. 17).

Na Constituição de 1988, na seção sobre saúde, destacam-se os seguintes pontos: a incorporação de conceitos que entendem a saúde tendo como seus determinantes e condicionantes os meios físico, sócio-econômico e cultural, os fatores biológicos e a oportunidade de acesso aos serviços; o direito de todos às ações de saúde, sendo de responsabilidade do governo garantir esse direito, assim como o estabelecimento do SUS. Este é "de caráter público, formado por uma rede de serviços regionalizada, hierarquizada e descentralizada, com direção única em cada esfera do governo e sob controle dos seus usuários" (BRASIL, 1990, p.8).

Segundo este documento, o SUS denomina-se *único* porque todos os sistemas de saúde do país devem seguir a mesma doutrina e os mesmos princípios de organização, sendo os governos federal, estadual e municipal responsáveis por eles. O SUS também é reconhecido como um *sistema* por trabalhar com um conjunto de unidade, de ações e serviços voltados para um mesmo fim: a promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1990).

Apesar de, como dito anteriormente, a Constituição de 1988 apresentar que a saúde é direito de todos e dever do Estado, segundo BRASIL (1990), o indivíduo não é excluído da sua parcela de responsabilidade do seu autocuidado, assim como as escolas, empresas e outras instituições devem ter comprometimento com a saúde. É claro que as questões de saúde exigem o envolvimento de todos, no entanto, essa passagem denota uma maior responsabilidade das pessoas e outras instituições da sociedade com o seu comprometimento, do que propriamente o papel e as funções governamentais para garantir o referido direito à saúde.

No campo das ações do SUS está incluído o modelo de atenção integral à saúde, ligado à sua promoção, proteção e recuperação. Por estar mais relacionado com a área da Educação Física, destacamos as ações que este modelo propõe para o campo da promoção da saúde, que seriam a educação em saúde, adoção de estilos de vida saudáveis, alimentação, nutrição, entre outros. Segundo BRASIL (1990), essas ações estimulam "a prática de ginástica e outros exercícios físicos, os

hábitos de higiene pessoal, domiciliar e ambiental e, em contrapartida, desestimula o sedentarismo, o tabagismo, o alcoolismo, o consumo de drogas, a promiscuidade sexual" (BRASIL, 1990, p.18). Percebe-se neste ponto que é dada uma importância à prática da atividade física como um fator de promoção da saúde, no entanto dissociada da Educação Física, que parece não ser considerada nesse processo.

Com relação à prática de atividade física, essa relação de *estimulação - desestimulação* não é tão simples, pois existem fatores como condições econômicas, sociais e emocionais, que podem estar relacionados às modificações citadas acima. Ou seja, a prática de atividade física, por si só, não seria responsável por desestimular hábitos, como alcoolismo e promiscuidade sexual. Tais conquistas não podem ser vistas como algo subentendido. Esta é uma visão que ajuda a mascarar problemas sociais que interferem mais diretamente no estilo de vida, como condições de trabalho e de habitação como se a atividade física fosse a solução, sem falar que a responsabilidade pela saúde recai sobre o indivíduo, uma vez que é ele quem "opta" por fazer ou não atividade física.

Nesse sentido, destacamos que, muitas vezes, a causa da enfermidade é atribuída ao indivíduo, deixando de lado a responsabilidade econômica e política do governo. Esse papel transmitido ao indivíduo é também sugerido pela Saúde Pública, que vê a degradação da qualidade de vida como resultado de hábitos do indivíduo em relação ao corpo: excesso de bebida, sedentarismo, tabagismo, entre outros (CARVALHO, 1995). A autora alerta para o fato de que "as mudanças tecnológicas, a indústria cultural e a da beleza, a idéia de consumo e a política de mercado deram conta de jogar para o indivíduo a responsabilidade pela qualidade de vida ..." (CARVALHO, 1995, p.119).

NOGUEIRA (2001) afirma que a cultura da saúde relacionada ao corpo belo e ao bom preparo físico favorece a economia capitalista em um ciclo ampliável de consumo de bens e serviços. As atitudes e comportamentos considerados adequados passam pela escolha de certos produtos como os dietéticos e os equipamentos de exercício, e pelos serviços como os das academias e das clínicas de estética.

Assim, para SILVA JÚNIOR (1998), a transformação da área da saúde em bem de consumo tem atribuído um preço à vida e um custo para sua manutenção,

que é equivalente à posição que o indivíduo ocupa na sociedade. Para ele, a estrutura social influencia tanto a produção como a distribuição das doenças e, conseqüentemente, os serviços médicos.

Diante disso, cabe perguntar: quem será responsável pela saúde e pela qualidade de vida? Esta não é uma questão simples, não só para definir quem é responsável pelo quê, mas também pela complexidade dos conceitos envolvidos. Portanto, sua resposta não poderia ser atribuída somente ao indivíduo ou às políticas de governo, mas em responsabilidades que se complementam. Quanto às intervenções na área, acreditamos que esta idéia também faz sentido, pois, assim como se espera que a prática da atividade física, por si só, promova saúde, segundo SILVA JÚNIOR (1998), também espera-se que o médico consiga curar cada caso de doença. No entanto, ações conjuntas dessas, e outras áreas, poderiam amenizar essa visão fragmentada de que ações isoladas podem resolver os problemas da saúde.

Quanto ao conceito de saúde, podemos verificar na literatura que este tem sofrido críticas quanto ao seu entendimento estritamente biológico, relacionado apenas à ausência de doença. O conceito da OMS como “completo bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de doença ou enfermidades” tenta superar esta visão unicamente biológica. No entanto, as principais críticas a ele se referem à sua dimensão idealizada, a medida que é difícil conseguir, o tempo todo, atender ao completo bem estar nas três dimensões sugeridas.

Outro conceito de saúde, mais próximo das condições de vida da população, foi definido na VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986 como sendo:

... resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade de 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 (RELATÓRIO, 1986, p. 117).

Apesar desse entendimento mais abrangente do que seja saúde, parece que na prática ainda predomina seu entendimento como simples ausência de doença. Na Educação Física, em particular, como mostra PALMA (2001) na análise dos Anais do XXI Simpósio Internacional de Ciências do Esporte, quanto aos tipos de comunicação, e ALMEIDA (1998) quanto às publicações de periódicos da área, prevalece o viés biológico, em detrimento do social, cultural e econômico.

Quanto ao termo *qualidade de vida*, este tem sido usado freqüentemente na área da saúde, muitas vezes para dar um sentido mais abrangente ao seu significado, mas ainda de forma inespecífica e generalizada. Quando incorporado na prática profissional da área médica, é utilizado com base no referencial clínico, no sentido de oferecer indicações técnicas de melhoria nas condições de vida das pessoas doentes e na literatura prevalece a visão medicalizada, bioestatística e economicista (MINAYO, HARTZ & BUSS, 2000). Destacamos o conceito de *qualidade de vida* destes autores por atentarem para os parâmetros objetivos e subjetivos envolvidos na questão e, ao mesmo tempo, discutirem o tema relacionado à saúde, que é entendida “como uma síntese, um híbrido biológico-social, mediado por condições mentais, ambientais e culturais” (p. 12). Com base em pesquisas e na literatura, os autores afirmam que qualidade de vida pode ser entendida como:

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

Porém, os autores alertam para o modelo hegemônico, do mundo ocidental, que impõe certos valores, tais como conforto, prazer, boa mesa, televisão, utilidades domésticas, tecnologias e que, ao mesmo tempo, diminuem o trabalho manual, entre outros, que acabam comprometendo a relatividade cultural.

Quanto aos serviços de saúde, apesar de se reconhecer os diferentes determinantes envolvidos na qualidade de vida, de modo geral, o setor não atua sobre eles, isto é, as ações acabam se restringindo para o âmbito em que os profissionais podem atuar mais diretamente (MINAYO, HARTZ & BUSS, 2000). Acreditamos que a intervenção do profissional de Educação Física possa ser uma das formas do setor ampliar a sua ação sobre a qualidade de vida dos seus usuários. Os autores fazem uma ressalva no sentido de reconhecer que nem todos os aspectos da vida humana são, necessariamente, questões médicas ou sanitárias.

5.3 Os centros de saúde

No sistema de saúde, há modalidades de atendimento, entre elas os hospitais (referidos anteriormente) e os Centros de Saúde. Na América do Sul, os Centros de Saúde foram colocados em prática pela primeira vez na cidade de São Paulo em 1923, no Instituto de Higiene, em fase experimental, e oficializados no Serviço Sanitário estadual, em 1925. Desde sua fase inicial, esse Centro de Saúde foi planejado como parte do aparelhamento de ensino e pesquisa da Escola de Higiene e Saúde Pública, trabalhando com o treinamento dos alunos (PAULA SOUZA, 1944), que denota a proposta dos Centros de Saúde Escola (CSE).

Os Centros de Saúde Escola se diferenciam dos outros centros, pois desenvolvem trabalhos de docência, com atividades para alunos de graduação, residência médica, especialização, aprimoramento e estágio para profissionais da área e pesquisa, que resultam em ações e programas empregados na reorganização do trabalho assistencial. Os Centros de Saúde Escola integram a rede de unidades básicas da Secretaria Estadual de Saúde e, por isso, também têm as atividades e responsabilidades dos outros Centros de Saúde, atendendo em áreas como saúde do adulto, da mulher e da criança (SCHRAIBER, NEMES & MENDES-GONÇALVES, 2000).

Em 1944, PAULA SOUZA afirmou que as transformações no estilo de vida, devido ao desenvolvimento das indústrias, ao crescimento dos grandes centros e ao aumento das dificuldades das populações menos favorecidas tiveram como efeito problemas de ordem social, com repercussões na Saúde Pública. Nessa época, os principais problemas eram doenças como tuberculose e sífilis. Os serviços especializados passaram a ser limitados para atender todas as necessidades de saúde tanto do indivíduo como da família. Assim, os serviços especializados começaram a dividir lugar com os Centros de Saúde, onde os problemas higiênico-sociais podiam ser encarados em seu conjunto e não só em seu aspecto isolado (PAULA SOUZA, 1944).

Segundo VASCONCELOS (1989), a rede de Centros de Saúde foi ampliada devido à necessidade de se encontrar um modo alternativo de assistência médica, que não fosse caro como os custos exigidos pela Medicina Curativa, praticada nos hospitais, consultórios e ambulatórios, com aparelhos sofisticados e o trabalho de especialistas, e de atender uma crescente parcela da população que buscava cada vez mais os seus direitos à saúde na década de 70. Isso fez com que o governo brasileiro, com base na filosofia da Medicina Comunitária⁴, passasse a ampliar os projetos voltados para a população menos favorecida economicamente, disseminando Centros e Postos de Saúde, que são os serviços de atenção primária à saúde (VASCONCELOS, 1989).

Partiu-se, então, para o modelo da Medicina Comunitária, que tinha um custo menor devido ao uso de técnicas simplificadas e da participação da população. Além disso, as ações voltadas para a prevenção do coletivo, e não mais somente para a ação curativa individual, começaram a se mostrar eficientes.

Apesar da ampliação da rede dos Centros de Saúde, VASCONCELOS (1989) fez uma crítica aos serviços de atenção primária à saúde brasileiros pois, se por um lado foi uma conquista da população por meio das reivindicações feitas na década de 70, por outro foi uma alternativa do Estado para continuar com apoio da

⁴ A história da área da saúde mostra que ela tem passado por sucessivos movimentos de mudança decorrentes das distintas articulações entre sociedade e Estado que definem, em cada conjuntura, as respostas sociais às necessidades e aos problemas de saúde. O movimento da Medicina comunitária é um deles e tem como base a implantação de centros comunitários de saúde, predominantemente administrados por organizações não lucrativas, porém subsidiados pelo governo, com o fim de realizar ações preventivas e prestar cuidados básicos à população residente em áreas geograficamente delimitadas (PAIM & ALMEIDA FILHO, 2000).

mesma, por meio de instalação de um modelo de atendimento barato para pessoas pobres, sem afetar recursos destinados a outras obras voltadas para o crescimento de grandes empresas. SCHRAIBER & MENDES-GONÇALVES (2000) também tratam da questão da atenção primária em saúde associada à idéia de um serviço simples, de assistência de baixo custo, da necessidade de poucos equipamentos, que acabam fazendo dela uma “medicina simplificada”.

No entanto, o aspecto educativo parece ser um ponto forte da atenção primária desenvolvida nos Centros de Saúde. PAULA SOUZA (1944) afirmou que os Centros de Saúde são órgãos primordialmente educativos, sendo o local ideal para a promoção de serviços de prevenção. Na visão de VASCONCELOS (1989), os Centros e Postos de Saúde são um espaço para a *educação popular* em saúde, sendo que a educação para a saúde não se restringe a oferecer às pessoas informações já conquistadas pela ciência e de domínio profissional, mas ela deve estar baseada na troca de saberes, entre o científico e o popular, pois este é rico em estratégias de sobrevivência. Por outro lado, o saber científico está impregnado de interesses da classe dominante e é limitado para lidar com a variedade da realidade.

CAMPOS (1997) faz algumas considerações que acredita serem relevantes para superar os impasses da saúde brasileira, nas quais inclui propostas para os Centros de Saúde. Entre elas, destacamos duas em particular.

A primeira se refere à mudança na tendência neoliberal que tem privilegiado a centralidade no hospital e na atenção individualizada. A *desospitalização* é concebida no sentido de diminuir as funções do hospital nesses espaços, por meio da composição de tecnologias e de recursos da rede básica, e não de excluí-las totalmente.

A segunda é o trabalho em equipes de saúde. O autor propõe para a estrutura dos Centros de Saúde as áreas básicas (saúde da criança, da mulher e do adulto) e áreas de apoio (definidas segundo a demanda, o perfil epidemiológico e recursos disponíveis das regiões), de modo que cada um desses setores poderia ser subdividido em equipes de saúde. Estas equipes estariam voltadas para prover atenção integral aos usuários sendo compostas, portanto, por diferentes profissionais.

De acordo com CAMPOS (1997), esta idéia tem como justificativas a possibilidade de superação do trabalho com base em seguimentos estanques de categorias profissionais e a de que cada equipe seja responsável por um conjunto de problemas delimitados e pelo planejamento e execução de ações capazes de resolvê-los.

Estas, entre outras propostas do autor de reformulação da rede básica de atendimento à saúde, levam-no à concepção de que os Centros de Saúde devem ser o eixo da relação com os hospitais e com outros serviços da comunidade. Para tanto, ele precisa ter funções ampliadas que incluem as questões sobre o acesso facilitado das pessoas que necessitem do serviço e da sua capacidade de resolver os problemas trazidos pelos usuários. Para CAMPOS (1997),

... estes serviços deveriam funcionar como uma espécie de centro de apoio às pessoas com dificuldade de levar a vida em sociedade, em razão de desordens direta ou indiretamente vinculadas ao campo da saúde, e criar, portanto, alternativas assistenciais para além da atenção médica do tipo ambulatorial, individual e sem recursos para um cuidado mais intensivo do que o retorno esporádico para atendimento (p. 167).

Estas idéias nos levaram a refletir sobre a viabilidade do trabalho que desenvolvemos no CSE Samuel Pessoa, que pode ser uma alternativa diferenciada da atenção médica e, como aconteceu, possibilitou o trabalho coletivo.

Assim, estas referências nos auxiliaram a definir o Centro de Saúde como espaço para a intervenção da nossa pesquisa, pois pudemos constatar a relevância das ações educativas, do trabalho multiprofissional e da possibilidade de desenvolver novos programas, especialmente nos Centros de Saúde Escolas, que podem ser incluídos no trabalho do serviço.

A seguir, tratamos especificamente das características que compõem o CSE Samuel B. Pessoa.

5.4 O Centro de Saúde Escola "Samuel Barnsley Pessoa"

Com base no *Projeto de Trabalho para o ano de 2000* e no site do referido CSE, apresentamos algumas informações que consideramos relevantes para caracterizar o serviço e a população atendida por este que foi nosso espaço de intervenção.

No ano de 1970, a Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, por meio do Departamento de Medicina Preventiva, realizou um convênio com a Secretaria de Estado da Saúde (SES) e começou a desenvolver atividades de formação de recursos humanos, pesquisa e assistência na área de atenção primária em saúde. Este convênio passou por alterações durante estes anos, sendo incorporado e adaptado às novas exigências postas pela adesão da Universidade de São Paulo ao Convênio SUS a partir de 1989 e, mais recentemente, ao Convênio de Assistência à Saúde, realizado em 1997 entre o Governo do Estado e a Universidade de São Paulo.

O Centro de Saúde Escola Samuel Barnsley Pessoa (CSE) só foi criado no ano de 1977. Anteriormente, os trabalhos eram desenvolvidos em unidades de saúde próprias da rede. Além do Departamento de Medicina Preventiva, o Departamento de Pediatria, a área de Fonoaudiologia da Faculdade de Medicina e o Departamento de Clínica Médica, todos da Universidade de São Paulo também passaram a fazer parte desta iniciativa, sendo responsáveis por suas áreas específicas de atuação.

Devido ao processo de implantação do SUS em São Paulo, a rede pública de serviços precisou desenvolver novas formas de organização técnica e gerencial, que procurassem integrar as práticas clínicas e sanitárias e reelaborassem as práticas gerenciais no sentido de possibilitar a efetivação dos novos modelos. Neste contexto, os trabalhos desenvolvidos no Centro de Saúde Escola têm contribuído com a SES por meio da formação de recursos humanos que auxiliam no enfrentamento dos desafios postos para a efetivação do SUS e da capacitação de

profissionais que já atuam nos serviços, como vem ocorrendo, mais recentemente, em atividades junto a equipes do Programa de Saúde da Família⁵ (PSF).

Como o CSE também é uma unidade de ensino, pesquisa e extensão da USP, a pesquisa em atenção primária em saúde, específica para este tipo de serviço, tem sido desenvolvida. Segundo o projeto, destaca-se particularmente a pesquisa do trabalho em saúde e seu desdobramento em ações programáticas de integração médico-sanitária, em ações de educação em saúde e técnicas de avaliação de serviços e ações de saúde, pelo Departamento de Medicina Preventiva.

As pesquisas sob a responsabilidade do Departamento de Pediatria e do Curso de Fonoaudiologia introduzem novos enfoques para a prática da atenção primária em saúde. Os estudos desenvolvidos têm resultado em produção acadêmica e contribuem tanto nos cursos de capacitação e especialização como nas diferentes publicações.

O documento também destaca alguns projetos por considerar inovadoras suas propostas. São eles: *“Projeto Adolescência e Vulnerabilidade ao HIV/AIDS”*, desenvolvido junto a escolas da rede pública de ensino; *“Violência e Direitos Humanos nas Práticas em Saúde”*, que procura integrar diferentes instituições numa atuação nesta área; *“Projeto Elaboração de meios para a integração da assistência à gestação, parto e puerpério: CSE e Hospital Universitário”*, para articulação de distintos níveis assistenciais e o *“Projeto de Atenção Básica em Saúde da Família”*, envolvendo a ação de agentes comunitários de saúde em um dos bairros pertencentes à área de abrangência do Centro de Saúde.

5.4.1 Área de abrangência e população usuária

Segundo as informações do serviço, a área de assistência do CSE inclui os distritos do Butantã e Rio Pequeno, atingindo cerca de 48 mil pessoas. Com base

⁵ O Programa de Saúde da Família foi criado no ano de 1994 pelo Ministério da Saúde com o propósito de reorganizar a prática da atenção à saúde aproximando-a da família. O PSF tem como estratégia priorizar ações de prevenção, promoção e recuperação das pessoas de forma contínua e integral. Os atendimentos são prestados nas Unidades Básicas de Saúde ou no domicílio por equipes que são compostas por, no mínimo, um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem, e três a quatro agentes comunitários de saúde. Outros profissionais, como dentistas, assistentes sociais e psicólogos também podem fazer parte das equipes, de acordo com as necessidades e possibilidades locais. As equipes trabalham por território de abrangência definido, sendo responsáveis pelo cadastramento e acompanhamento da população vinculada à área. É recomendado que uma equipe seja responsável por, no máximo, quatro mil e quinhentas pessoas. Estas informações foram obtidas no *site* do Ministério da Saúde: www.gov.br/psf/programa/index.asp.

em dados do IBGE (1996), a média de moradores por domicílio é de 3,3, sendo que 22,8% dos domicílios são chefiados por mulheres e 85% dos chefes são moradores do município há pelo menos 15 anos. A distribuição etária mostra 17,4% de indivíduos até 11 anos, 16,9% entre 12 e 20 anos, 47,6% entre 21 e 49 anos e 17,8% com 50 anos ou mais.

Os dados também mostram que a área de abrangência é heterogênea, compreendendo alguns bairros com população de alto poder aquisitivo, contracenando com vários núcleos de favela, como São Remo e São Domingos. A população predominante pode ser caracterizada como de classe média, no entanto os grupos mais desfavorecidos estão mais representados na clientela do CSE.

Os dados de mortalidade mostram uma distribuição de ocorrências, segundo os grandes grupos de causas, semelhante à média geral do município: as doenças do aparelho circulatório, as neoplasias e as causas externas são, nesta ordem, as três principais causas de morte na área. Na comparação com a média do município, a área mostra participação um pouco maior das causas perinatais no conjunto dos óbitos.

A partir do início do ano de 1997, foi implantado um “cadastro sócio-econômico” aplicado a todos os novos usuários, bem como aos antigos que atualizam periodicamente a matrícula. Este cadastro possui, atualmente, dados sobre cerca de oito mil usuários, entre crianças e adultos, que incluem informações como escolaridade, habitação, renda, emprego e caracterização dos responsáveis por crianças. Estes elementos são usados pelo serviço para traçar um perfil dos usuários.

A distribuição etária dos usuários do serviço é composta por 36,7% de crianças entre zero e 11 anos, o que indica uma utilização preferencial por este grupo etário, notadamente nos primeiros anos de vida. Entre os adultos, destaca-se a população feminina entre 20 e 49 anos de idade, que corresponde a 30,8% dos usuários. Tanto para a população de crianças, como para a de mulheres, o CSE tem oferecido um conjunto amplo de atividades dirigidas.

Os indivíduos com idade acima de 49 anos correspondem a apenas 13,8% do total de usuários, embora a população da área de abrangência do CSE possua uma proporção bem maior de indivíduos nesta faixa etária. Alguns motivos para essa

ocorrência são assinalados: oferta de vagas tem priorizado recursos para o atendimento de crianças e mulheres em idade fértil; a utilização do serviço mais intensa entre os moradores de áreas de favelas e bairros com maior carência econômica, cuja composição etária é significativamente mais jovem que a da população total da área do CSE (na favela São Remo, apenas 8,1% de seus moradores possuem idade acima de 49 anos).

Quanto à escolaridade, apresenta-se uma variação bastante intensa, mesmo quando se considera a mesma faixa de idade. Contudo, é possível observar que os adultos mais jovens apresentam médias de anos de estudo significativamente maiores que os indivíduos mais idosos, com 6,9 e 6,3 anos de estudo entre os grupos da terceira e quarta década de vida, contra 3,0 e 2,0 anos para os grupos da oitava e nona década de vida.

A análise do tipo de habitação dos usuários do CSE mostra que apenas 51,6% moram em habitações adequadas, sendo que 31,6% dos usuários moram em favelas. Verifica-se, ainda, que a habitação mais adequada está relacionada a um número menor de indivíduos por cômodo (2,2), quando comparado ao encontrado nas casas de madeira e de alvenaria em favelas (3,3 e 2,8, respectivamente).

Estes são alguns dos dados que o CSE utiliza para orientar as ações da unidade, uma vez que a instituição precisa conhecer sua clientela, suas demandas e condições de vida, a partir das quais, muitas vezes, surgem suas necessidades (SCHRAIBER & MENDES-GONÇALVEZ, 2000).

5.4.2 Prestação de serviços à comunidade

O CSE oferece para a população de sua área de abrangência atividades programáticas dirigidas para grupos e problemas mais relevantes e pronto atendimento às condições de urgência ou emergência, procurando articular esta modalidade de atendimento à organização programática. O CSE trabalha com uma equipe multiprofissional e utiliza formas variadas de interação individual e grupal com os usuários, sendo que eles têm seu perfil assistencial segundo suas necessidades e demandas particulares.

O CSE também enfrenta problemas como o aumento da demanda em suas diferentes modalidades. Segundo as observações do projeto do ano de 2000 do

CSE, este fato é confirmado pelo aumento do prazo entre o primeiro atendimento na unidade, onde se apontam necessidades de atendimento programático, e o primeiro atendimento no programa. Além disso, também se verifica o número crescente de indivíduos que procuram a unidade e acabam não recebendo assistência, em situação de oferta de atividades estabilizada nos últimos anos.

As informações do projeto apontam como hipóteses mais prováveis para explicar este fenômeno o aumento das necessidades de saúde, como resultado do crescente desemprego e conseqüente empobrecimento de parcelas da população, criando novas demandas de saúde relacionadas à crescente situação de carência; a perda de alternativas assistenciais, como os convênios e o atendimento particular, o que acaba redirecionando essas demandas para os serviços públicos; e a desestruturação e desativação de unidades mantidas pela SES localizadas próximas à área de atendida pelo CSE.

Um último dado se refere à impossibilidade de expansão do quadro de pessoal e a contínua diminuição deste, que prejudicam a tentativa do CSE em dar uma resposta adequada ao aumento da procura pelo atendimento, sendo que essa situação pode colocar em questão as possibilidades de manutenção de um serviço de boa qualidade.

5.4.3 Atividades desenvolvidas pelos setores assistenciais

Finalizando as informações específicas acerca do CSE Samuel B. Pessoa, apresentamos as atuais atividades desenvolvidas por este serviço.

A. Epidemiologia e vigilância epidemiológica em saúde

- *Unidade de Vigilância Epidemiológica*: cobertura da área programática para ações de vigilância nas doenças de notificação compulsória;
- *Vigilância em Saúde*: atividades de controle de resultados de exames laboratoriais e busca ativa de casos de risco; controle e convocação de faltosos; visita domiciliar;
- *Estatísticas Médico-sanitárias e Avaliação do Serviço*: produção de dados de assistência; cadastro de usuários; matrizes de avaliação para controle de qualidade dos programas; atividades de auditoria dos registros e informatização da informação;
- *Vacinação*: cobertura de rotina e campanhas.

B. Saúde do adulto

1. Assistência em pronto-atendimento

2. Atendimento em programas:

- *Saúde e Envelhecimento*: acompanhamento assistencial/educacional de Idosos em atendimento individual e em grupo;
- *Controle de Doenças Crônicas*: diabetes, hipertensão arterial, cardiopatias, obesidade, doença pulmonar obstrutiva crônica, em atendimento individual e em grupo;
- *Saúde da Mulher*: prevenção de câncer ginecológico, planejamento familiar, assistência ginecológica, em atendimento individual e em grupo;
- *Assistência Pré-natal*: atendimentos individuais e em grupo;
- *Saúde do Adolescente*: atividades assistenciais/educacionais internas e extra-muros;
- *Práticas Corporais e Comunidade*: trata-se do projeto de Educação Física que começamos a desenvolver no serviço a partir de novembro de 2001.

C. Saúde da criança

1. Assistência em pronto-atendimento e terapia de reidratação oral

2. Atendimento em programas:

- *Puericultura e Aleitamento Materno*: atendimento individual e em grupo;
- *Crescimento e Desenvolvimento*: atendimento individual e em grupo, atividades assistenciais/educacionais internas e extra-muros;
- *Saúde do Escolar*: atendimento individual;
- *Assistência à Criança sob risco de infecções respiratórias agudas*: atendimento individual e em grupo.

Assistência nas doenças freqüentes na atenção primária – atendimento individual

D. Saúde mental

1. Assistência em pronto-atendimento

2. Atendimento em programas:

- *Grupo Diagnóstico*: atendimento em grupo;

- *Assistência a Psicóticos*: atendimento individual e em grupo;
- *Psicoterapias a não Psicóticos*: atendimento individual e em grupo;
- *Terapia Ocupacional*: atendimento individual e em grupo.

E. Saúde bucal

1. Assistência em pronto-atendimento - assistência emergencial

2. Atendimento em programas:

- *Vigilância e Assistência da Gestante*: atividades assistenciais / educacionais;
- *Vigilância e Assistência da Criança na primeira infância*: atividades assistenciais/educacionais.

F. Fonoaudiologia em atenção primária

1. Diagnóstico e seguimento terapêutico de distúrbios primários de linguagem:

- *Programa Creche*: atividades assistenciais/educacionais internas e extra-muros;
- *Programa Escola*: atividades assistenciais/educacionais internas e extra-muros;
- *Triagem, avaliação e seguimento terapêutico de pacientes com queixa fonoaudiológica, atendidos no setor de Pediatria do CSE.*

2. Audiologia em:

- *Vigilância à saúde do trabalhador*: atividades de educação e de detecção precoce de trabalhadores em risco para patologias auditivas, em cooperação com o serviço de saúde e Medicina no Trabalho (SESMT) da USP;
- *Saúde auditiva de pré-escolares, escolares e idosos*;
- Testagem audiológica pertinente para diagnóstico.

Atividades na comunidade

- *Projeto “Adolescência e vulnerabilidade ao HIV/AIDS*: desenvolvimento e avaliação de uma estratégia de prevenção entre escolares de baixa renda na cidade de São Paulo”;
- *Projeto de Atenção Básica em Saúde da Família*: levantamento de necessidades de saúde, implantação de programa docente-assistencial e capacitação de agentes comunitários de saúde no Jardim São Remo, Butantã.

Atividades de integração interinstitucional

- Projeto “Saúde reprodutiva e relações de gênero: violência e direitos humanos nas práticas em saúde;
- Projeto de elaboração de meios para a integração da assistência à gestação, parto e puerpério: CSE e Hospital Universitário.

Conhecer o serviço no qual desenvolvemos nosso trabalho foi importante para pensarmos nossas atividades segundo a organização do serviço, para poder encaminhar e orientar pessoas que chegavam ao grupo e tinham necessidade de outros atendimentos oferecidos, para integrar de maneira mais efetiva a equipe multiprofissional existente e ter acesso a um conhecimento sobre a população atendida, o que torna possível pensar e alterar o modo como o profissional de Educação Física se fez presente no grupo.

6 O PROJETO “PRÁTICAS CORPORAIS E COMUNIDADE”

Neste item, tratamos do projeto que foi desenvolvido no CSE Samuel B. Pessoa, desde sua concepção até os resultados.

6.1 Metodologia do projeto

A elaboração do projeto “Práticas Corporais e Comunidade” teve como base alguns princípios do método sugerido por CAMPOS (2000), que propôs pensar modos de orientar o trabalho em equipe, o lidar com pessoas e a produção de coisas, segundo o desejo e a necessidade delas. No intitulado *Método da Roda*, o autor faz uma crítica acerca das concepções dominantes dos modos de analisar e gerir o trabalho em equipe. Tradicionalmente, a gestão é feita por uma minoria que detém o poder ou por especialistas. Ao contrário dessa idéia, o autor fala em co-gestão, na qual a tarefa de gerir passa a ser coletiva e não mais de uma minoria dominante. Além disso, o modo como se organiza o trabalho passa a ser entendido

com duas finalidades: uma, produzir bens e serviços que são necessários ao público; outra, cuidar da constituição de Sujeitos e de Coletivos.

Compomos um grupo para o qual buscamos então trazer alguns princípios do *Método da Roda*, como as relações de saber, a relação entre o profissional e o grupo, entre o grupo e a instituição e, é claro, a forma que tratamos os conteúdos da Educação Física nesse processo.

Assim, era preciso não pensar apenas em oferecer um serviço, no caso os conteúdos da Educação Física, mas nos Sujeitos envolvidos, e no grupo de “Práticas Corporais e Comunidade”, que viria a formar um coletivo numa instituição, que é o CSE, de forma que eles partilhassem do processo de construção do projeto e do seu desenvolvimento. Assim como o método inspirado na roda, representando “a vida girando e se movimentando, sempre” (CAMPOS, 2000, p. 14), também o projeto pudesse ser reconstruído, modificado, segundo os desejos e as necessidades daqueles que fizeram parte dele.

Outro ponto destacado pelo método é a forma de pensar os Espaços Coletivos como espaços que possibilitam a reflexão crítica, a produção de subjetividade e a constituição de Sujeitos. Para isso, é preciso relevar o Sujeito, que “... implica democratizar o Poder (...) em todas as suas dimensões: na política, na micropolítica, entre os saberes, entre os sexos, entre fortes e fracos, etc” (CAMPOS, 2000, p. 44).

Partimos, então, de um plano de trabalho que incluiu as estratégias de entrada em campo e o contato com a instituição e, posteriormente, a estruturação do projeto, com uma seleção preliminar de conteúdos, com base nos quais elaboramos dezoito planos de aula, incluindo temas para discussão. A partir do encontro com as pessoas que passaram a compor o grupo, esse plano de trabalho inicial “entrou na roda”, e então aquilo que o profissional pensou, passou a se misturar ao que a comunidade trouxe como experiência, como saber, ao que ela desejava e precisava, mediada pelo que o profissional pôde ajudar e a instituição oferecer.

A avaliação do trabalho também esteve respaldada no processo, isto é, nas mudanças que foram ocorrendo conforme os encontros foram acontecendo, o grupo crescendo, a cada novo Sujeito que trazia para o grupo suas singularidades: do falante participativo ao quieto observador; do de maior ao de menor carência

econômica; das pessoas com autonomia para fazer movimentos aos com maiores limitações; dos que precisavam de ajuda para problemas físicos, fisiológicos ou emocionais, cada um buscando algo particular e ao mesmo tempo coletivo, formando situações que só podem ser pensadas pelas surpresas da convivência em grupo. Assim, os dados foram se mostrando nas observações durante os encontros e, depois, também nas entrevistas, possibilitando uma análise da nossa experiência,

6.2 A proposta

Com base, então, nas proposições de CAMPOS (2000), destacamos alguns pontos que estiveram presentes na concepção do projeto:

- Trabalhar os conteúdos da Educação Física de maneira pedagógica, orientados para a aprendizagem e para a reflexão das suas relações com a saúde, contrária à idéia de apenas reproduzir atividades físicas;
- Desenvolver um trabalho coletivo que favorecesse a troca de experiências e o conhecimento das pessoas, de modo que a convivência com o grupo determinasse o desenvolvimento do projeto;
- Tratar da saúde e não da doença. Não queríamos formar grupos de atividade física voltados para a doença, por exemplo, para *diabéticos*, ou *hipertensos*. O intuito foi privilegiar a pessoa e não determinada doença, de maneira que prevaleceu a idéia de cuidado ao invés de tratamento.
- Trabalhar com conteúdos variados, com a intenção de possibilitar, além de um maior número de experiências, o despertar para a atenção ao corpo;
- Valorizar a questão da autonomia, de maneira que as pessoas pudessem se capacitar para realizar atividades em outros momentos e lugares, além do CSE, assim como orientar outras pessoas;
- Integrar, na medida do possível, nosso trabalho com o dos outros profissionais do serviço.

Após a preparação inicial do projeto, procuramos fazer contato com o diretor do CSE Samuel B. Pessoa. Enquanto aguardávamos a possibilidade de reunião, fomos contatadas pelo médico sanitário Prof. Dr. Ricardo Rodrigues

Teixeira, responsável pelo setor de adultos deste serviço, que nos procurou pelo mesmo interesse: desenvolver um projeto de Educação Física junto ao serviço.

A partir de então, passamos a nos reunir a fim de adequar os objetivos do projeto ao perfil da instituição e da população adulta atendida por ele. Num primeiro momento, tratamos das linhas de trabalho: nossa visão de Educação Física, o motivo da proposta e as principais idéias até então elaboradas para o projeto. Do outro lado, o médico expôs o que incitou a inclusão do atendimento da Educação Física no CSE e a sua idéia da mesma. Depois, passamos a discutir o serviço propriamente dito: tipos de atendimento, demandas, recursos físicos, entre outros. Por fim, adequamos o projeto levando em consideração também as necessidades do espaço de intervenção.

A principal dúvida era quanto à população que seria atendida, uma vez que foi observado que a principal preocupação do setor de adultos era em relação às doenças crônico-degenerativas, e então nos perguntávamos: seria melhor definir os grupos (aulas só para hipertensos, aulas só para diabéticos) ou deixar o grupo aberto? (idéia original do projeto quanto ao encaminhamento e interação com os outros tipos de atendimento). Optamos, então, por deixar o grupo aberto e, dependendo da demanda, especificar ou não os grupos, com o intuito de que ele se adequasse à procura e ao perfil da comunidade e não o contrário. Estes foram passos importantes no amadurecimento do projeto tanto para definição de sua forma e do seu conteúdo, como para a aproximação do nosso trabalho na rotina do serviço.

6.3 Estrutura do projeto

Depois das discussões, o projeto foi assim definido:

6.3.1 Dias e horários

Escolhemos dias e horários diferentes para oferecer opções para as pessoas e observarmos também a demanda. Os encontros foram realizados às terças-feiras das 8h às 9h30 e às quintas-feiras das 16h30 às 18h. Para a escolha dos dias e horários, levamos em consideração o período de funcionamento do serviço, tanto para o acesso e utilização de recursos (banheiro, bebedouro,

materiais), como para auxílio médico, em eventuais imprevistos, e a disponibilidade de uso das salas com maior espaço físico para o desenvolvimento das atividades que não pudessem ser realizadas em espaços pequenos, ou ao ar livre. Além disso, privilegiamos os horários de calor menos intenso.

6.3.2 Encaminhamento

Neste item, a discussão principal foi se as pessoas só seriam encaminhadas após atendimento médico e se os encontros seriam abertos apenas para pessoas que utilizam o serviço, ou se outras também poderiam participar. Como nossa intenção não era excluir a participação e sim abrir espaço para a comunidade, decidimos que as pessoas chegariam até o projeto pelas seguintes formas: cartazes colocados na sala de espera do setor de adultos, encaminhamento médico, ou ainda convite de pessoas que participassem do projeto. Formulamos um folheto que continha informações sobre as atividades (objetivos e conteúdos desenvolvidos, dias e horários) e algumas orientações para fazê-las (quanto à alimentação, vestuário e medicamentos) (ANEXO II).

6.3.3 População

A experiência dos primeiros dois meses validou nossa intenção de não restringir os encontros para determinado grupo. No decorrer das aulas, foi possível trabalhar com pessoas hipertensas, diabéticas, obesas, com dores musculares e, muitas vezes, com mais de um problema associado. Essa situação não prejudicou o conteúdo e o desenvolvimento das atividades e favoreceu a troca de experiências e conhecimentos entre as pessoas. Por isso, o grupo permaneceu aberto, sem restrição devido à condição de saúde-doença.

Também foi possível perceber uma forte tendência de participação da população idosa. Algumas hipóteses possíveis para explicar essa demanda são: a questão dos períodos em que as atividades foram realizadas, que coincidem com horários de trabalho de muitas pessoas, o que favoreceria a participação de aposentados; outra possibilidade é uma tendência do próprio serviço em encaminhar essas pessoas para esse tipo de atendimento, segundo informações do médico chefe do setor de adultos.

6.3.4 Conteúdos

Os conteúdos desenvolvidos nos encontros foram: caminhada, alongamento, relaxamento, recreação, expressão corporal, ginástica; orientações e discussões sobre a prática de atividade física, postura, nutrição, dores nas costas, modificações do corpo diante do exercício, hipertensão e exercício, possibilidades de locais para caminhadas e outros espaços públicos que desenvolvam atividades culturais e de lazer, relatos de experiências, discussão de artigos de jornais ou revistas trazidos pelos alunos, programas de televisão e outros temas de interesse do grupo.

Como dito anteriormente, as vivências relativas às práticas corporais privilegiaram diferentes conteúdos, a medida que as pessoas tinham contato e conhecimento sobre as atividades, a continuidade e elaboração dos encontros seguintes eram realizados com base no retorno do grupo: reações, preferências, sugestões e necessidades. Por exemplo, quando as pessoas falavam que estavam cansadas ou com dores musculares, priorizamos as atividades de relaxamento e alongamento; quando o dia estava bonito e a temperatura agradável, as pessoas já chegavam comentando sobre a caminhada. O grupo também sempre demonstrava interesse e participação nas atividades recreativas, sobre as quais davam sugestões sobre variações possíveis, como: otimizar a participação de cada um, utilizar outros materiais, criar níveis de dificuldade, entre outras. Algumas vezes os alunos traziam exemplos de exercícios, geralmente dos programas de ginástica de televisão, que também eram incluídos nas atividades; discutíamos sobre sua função e quais músculos ou regiões do corpo estavam sendo trabalhadas, se eram adequados e como realizá-los.

Também priorizamos as decisões em conjunto, como local mais apropriado, tipo de atividade e assunto a ser discutido nos encontros. Nas discussões, os temas (alimentação, obesidade, uso de remédios na prática de exercícios) eram debatidos também com base nas experiências e relatos trazidos pelas pessoas que, muitas vezes, despertavam outros, relacionados à necessidade, interesse e até curiosidade, para serem tratados nos próximos encontros. As pessoas que participavam de outros atendimentos em grupo do serviço também traziam informações: por exemplo, tínhamos no grupo várias pessoas que

participavam do grupo de Pressão Arterial (PA), assim, quando falamos sobre o tema, elas contavam o que era realizado no outro atendimento, o que era discutido, de forma que predominava o relato delas.

Foram valorizadas atividades em duplas ou grupos, nas quais foram desenvolvidos os aspectos de confiança, ajuda e cooperação com o outro. Também tentamos minimizar o lado repetitivo e mecânico das atividades, como incentivar o aspecto contemplativo nas caminhadas, já que o espaço do Instituto Butantã contribuiu com seu ambiente natural, exposição de animais e com a arquitetura de prédios antigos, ressaltar as sensações e percepções corporais das pessoas a partir dos movimentos realizados e oferecer atividades que possibilitassem movimentos espontâneos, como a dança, as brincadeiras e a expressão corporal, também foi uma estratégia utilizada.

Também trabalhamos com a questão da autonomia das pessoas. Tanto nas discussões, nas orientações e troca de experiências, como durante as práticas, quando as pessoas, após terem um contato maior com as atividades, eram estimuladas a conduzir exercícios realizados em diferentes partes da aula, chamando a atenção para os grupos musculares e articulações a serem trabalhadas, oferecer orientações às pessoas novas que chegavam ao projeto e formar grupos para fazer atividades em outros lugares.

Estas foram nossas tentativas de trazer para os encontros elementos envolvidos nas práticas corporais, além da realização do exercício físico, no sentido de favorecer a continuidade daquilo que é vivido nas atividades, de modo que as experiências e os sentimentos compartilhados pudessem ser levados para o cotidiano e para as outras pessoas próximas de cada um.

6.3.5 Dinâmica das aulas

Os encontros tiveram a duração de uma hora e meia, sendo que a primeira meia hora era destinada à discussão e apresentação dos temas programados e a hora final era reservada para as atividades práticas. Estas eram de baixa intensidade, de modo que não traziam riscos à condição de saúde das pessoas. Também preparamos um cadastro que preenchíamos junto com cada pessoa que chegava ao projeto (ANEXO III), geralmente ao final da aula, quando

aproveitávamos para dar outras informações relacionadas aos encontros (como funcionava, objetivos, tipos de atividades, assim como alguns cuidados importantes, como não vir em jejum para a aula e não deixar de tomar os remédios). Este momento também possibilitou a aproximação com as pessoas, pois geralmente elas falavam sobre seus problemas e expectativas e perguntavam coisas.

O projeto contou com a participação da Profa. Dra. Myrian Nunomura e de alunos da graduação do curso de graduação em Educação Física da USP, nos meses de novembro e dezembro de 2001 e no mês de maio de 2002, respectivamente.

6.3.6 Material

Durante as reuniões preparatórias do trabalho, foi colocada a possibilidade do serviço comprar alguns materiais. Pensamos, então, em materiais viáveis tanto em relação ao custo como ao transporte e utilização nas atividades. Assim, o serviço disponibilizou a compra de: tripa de mico (para exercícios de resistência muscular) e amido de milho para manutenção da borracha; corda (principalmente para auxiliar na realização de alongamentos) e bastões (que serviam de apoio para exercícios feitos em pé, auxiliavam na realização de exercícios posturais e de alongamentos). Estes últimos foram improvisados com cabos de vassoura que existiam no próprio serviço. Também recebemos cerca de trinta bolinhas de tênis usadas, conseguidas de um clube de campo por uma funcionária do serviço.

É importante destacar aqui o baixo custo dos materiais usados que possibilitaram trabalhar com um número variado de atividades, além de serem acessíveis no caso das pessoas terem interesse em adquirí-los. Algumas delas, quando perceberam a utilidade de materiais como a tripa de mico, perguntavam onde era possível comprá-la, ou então, contavam como tinham passado a usar os materiais que já tinham em casa, como o cabo de vassoura e as bolinhas (dos netos e até do cachorro), para fazer exercícios ou brincar com as crianças.

6.4 As características do grupo

As informações obtidas nos cadastros do projeto e do CSE foram consideradas para traçar o perfil do grupo, de como o projeto “circulou” no serviço e de como as práticas da área estavam presentes ou não na vida das pessoas. Foram considerados os dados obtidos entre novembro de 2001 e novembro de 2002, período em que passaram pelo atendimento do grupo de Educação Física 51 pessoas, na maioria mulheres (42 mulheres e nove homens), com média de idade de 59 anos, sendo que a distribuição foi a seguinte: 3% na faixa etária entre 20 e 29 anos, 12% entre 30 e 39 anos, 2% entre 40 e 49 anos, 13% entre 50 e 59 anos, 25% entre 60 e 69 anos, 20% entre 70 e 79 anos e 2% entre 80 e 89 anos.

Primeiro, apresentamos as formas pelas quais as pessoas chegaram até o grupo de “Práticas Corporais”. Quando perguntamos como as pessoas tinham ficado sabendo do projeto, as respostas variaram:

- indicação médica na consulta: 25;
- participação em outros grupos do CSE: 12;
- convite de outra pessoa que já participava do grupo: seis;
- folheto com orientações sobre o grupo: quatro;
- cartaz exposto no serviço: quatro.

Os resultados mostraram que a principal via de acesso das pessoas que utilizam o CSE até o grupo foi o encaminhamento médico durante as consultas em primeiro lugar e, em segundo, por profissionais que orientavam outros atendimentos – hipertensão, terceira idade e terapia ocupacional – com destaque para o primeiro. Acreditamos que isso demonstrou certo envolvimento dos profissionais do serviço com o nosso projeto, isto é, eles estabeleciam uma relação entre a nossa intervenção e a demanda existente, no sentido de que o que fazíamos podia contribuir com algumas necessidades de saúde trazidas pelas pessoas atendidas. As formas mais impessoais de convite se mostraram menos eficientes. Quanto ao último dado, também achamos importante o caminho que possibilitou a participação de outras pessoas por convite de quem vinha aos encontros, o que pôde ser um estímulo a mais para quem já participava e uma oportunidade para outros.

Também era de nosso interesse saber se as pessoas estavam praticando ou se já tinham praticado algum tipo de atividade física, não só com o sentido de saber da condição física das pessoas, mas também para conhecermos as experiências anteriores, as oportunidades de espaço que tiveram e, de certa forma, sabermos o quanto a Educação Física esteve presente em suas vidas.

Observamos que, das 51 pessoas que preencheram o cadastro, 14 responderam que nunca fizeram atividade física e 12 que só tinham feito caminhada, 27% e 23%, respectivamente. A caminhada também foi citada por mais cinco pessoas, conjugada a outro tipo de atividade: natação, *tai chi chuan* e ginástica, correspondendo a 10%.

Dez pessoas disseram já ter feito algum esporte (futebol, vôlei, natação e ciclismo), correspondente a 20%. Quando falavam dessas práticas, a maioria estava relacionada ao período da juventude. Quanto à ginástica, seis pessoas relataram que já fizeram essa atividade, sendo uma hidroginástica, equivalente a 12%. Dessas, quatro eram em lugares públicos (na paróquia de Santo Antonio, no Parque da Previdência e em uma escola) e uma no local de trabalho. Apenas uma disse já ter feito ginástica em academia. Elas também comentavam sobre os programas de ginástica que passam na televisão e que, às vezes, experimentavam. Quatro pessoas disseram já ter feito *tai chi chuan*, yoga e dança, correspondente a 8%. Todas as atividades em lugares públicos.

Percebemos que o número de pessoas que disseram não ter tido nenhuma experiência com atividades físicas foi significativo, ainda mais se considerarmos a caminhada que, apesar de ser uma atividade física, é desvinculada de espaço profissional específico. Também destacamos a questão do espaço público e privado. Todas as atividades referidas eram feitas em lugares públicos, com exceção de uma pessoa que disse já ter feito ginástica em academia, e outras três que disseram já ter feito natação no SESI, no SESC e no Centro de Práticas Esportivas da USP; ainda que esses lugares não sejam totalmente abertos ao público, apresentam custos de participação mais baratos quando comparados aos valores de mensalidades de academias ou clubes particulares.

Acreditamos que estes dados sejam relevantes para pensarmos na viabilidade da execução desse projeto no espaço dos Centros de Saúde, uma vez

que a população atendida mostrou pouco contato com as atividades da Educação Física e, tanto o perfil econômico, como a demonstração da procura de espaços públicos para a prática de atividades físicas, sugerem que trabalhar com a questão do acesso e da oportunidade é um fator relevante.

Quanto ao número de pessoas que participaram do projeto, temos que: 51 tiveram contato com o grupo no período de novembro de 2001 e novembro de 2002, (36 às terças-feiras e 15 às quintas-feiras). Desse total, 25 continuaram participando com regularidade¹ às terças-feiras, sendo que, dessas, quatro também vinham às quintas. Na quinta-feira, seis pessoas continuaram vindo com regularidade, mais as quatro citadas anteriormente.

Até o mês de março, a média de presença nos grupos foi de oito pessoas para a terça e de quatro para a quinta-feira. A partir do mês de abril, os encontros de terça-feira passaram a ter uma procura maior, juntando-se as pessoas que já estavam participando do grupo. Passamos a ter uma média de 15 participantes. Já às quintas-feiras, a média foi de sete pessoas. Essa média se manteve até o mês de novembro para terça-feira e caiu para cinco pessoas para quinta-feira.

O horário da terça-feira sempre teve procura maior, no entanto as pessoas que vinham no horário da quinta-feira não tinham disponibilidade para qualquer horário de manhã, por isso decidimos continuar com esse grupo. A seguir, tratamos dos dados referentes ao cadastro sócio-econômico do CSE.

Foram analisados 31 cadastros anexados aos prontuários do serviço. Alguns deles não foram analisados porque as pessoas não deixaram o número da matrícula no CSE, ou porque não estavam disponíveis no setor de atendimento nas ocasiões em que eles foram solicitados. Além disso, cinco pessoas que participaram das atividades não faziam parte da área de abrangência do CSE. Os dados que coletamos se referem às informações sobre habitação, renda individual e escolaridade.

Os dados gerais estão no quadro abaixo:

¹ Até duas faltas por mês. Também consideramos as pessoas que, por motivos particulares, mesmo faltando por um período maior, voltavam ao grupo e continuavam freqüentando os encontros.

QUADRO 1 - Dados referentes às informações obtidas nos cadastros do CSE
Samuel B. Pessoa.

CADASTROS	HABITAÇÃO	ALFABETIZAÇÃO	ESCOLARIDADE	RENDA INDIVIDUAL
1	Quintal	Sabe ler	6	1
2	Alvenaria	Sabe ler	7	0
3	Quintal	Sabe ler	4	3,9
4	Casa	Não sabe	0	1
5	Casa	Sabe ler	5	0
6	Casa	Sabe ler	5	1
7	Casa	Sabe ler	3	2
8	Casa	Sabe ler	4	1
9	Casa	Não sabe	0	0
10	Casa	Sabe ler	3	1
11	Quintal	Sabe ler	11	1,7
12	Casa	Sabe ler	4	1
13	Casa	Sabe ler	2	5,6
14	Casa	Sabe ler	4	2,7
15	Alvenaria	Não sabe	0	1,2
16	Casa	Sabe ler	3	1,2
17	Quintal	Sabe ler	1	1
18	Casa	Sabe ler	15	1,9
19	Alvenaria	Sabe ler	1	1,5
20	Casa	Sabe ler	5	0
21	Casa	Sabe ler	14	4
22	Casa	Sabe ler	1	3,1
23	Casa	Sabe ler	8	0
24	Casa	Sabe ler	11	6
25	Casa	Sabe ler	16	5,3
26	Casa	Sabe ler	4	2,2
27	Alvenaria	Sabe ler	8	0
28	Casa	Sabe ler	4	1
29	Alvenaria	Não sabe	0	1
30	Casa	Sabe ler	1	2
31	Alvenaria	Sabe ler	4	2

Observação: a escolaridade está demonstrada em números de anos completos de estudo e a renda individual em salários mínimos.

Observamos que dos, 31 cadastros, 87% das pessoas sabiam ler e 13% não sabiam. Quanto aos anos completos de escolaridade, considerando o total de 27, temos que 56% das pessoas tinham de um a quatro anos de estudos, 26% de cinco a oito, 7% de nove a 11, e 11% de 12 a 16.

Quanto à habitação foram consideradas três tipos: casa ou apartamento, quintal comum, referente à casa nos fundos, e alvenaria, referente a habitação em favelas. Do total de 31, 68% das pessoas viviam em casa/apartamento, 13% em quintal comum e 19% em casas de alvenaria.

Para renda, o cadastro trazia informações de natureza individual e familiar. No entanto, a maioria dos dados sobre renda familiar não estava preenchida porque, segundo os funcionários do setor de atendimento do serviço, as pessoas muitas vezes não sabiam dizer quanto ganhavam os outros integrantes da família. Por isso, apresentamos aqui as informações sobre renda individual com algumas considerações. Do total de 31 pessoas, 58% das pessoas recebiam de um a dois salários mínimos, 13% de três a quatro, 10% de cinco a seis salários mínimos e 19% não tinham renda individual. Do total de seis pessoas que disseram não ter renda individual, quatro apresentavam renda familiar maior, entre 10 e 15 salários mínimos. Das outras duas restantes, uma não trazia informação sobre renda familiar e a outra, o valor era de dois salários mínimos.

Observamos que foi relevante o número de pessoas que participaram do grupo com renda salarial baixa e com escolaridade de até quatro anos. Ainda que existissem pessoas com renda salarial melhor, acreditamos que o perfil da população reforça a necessidade de ações da Educação Física em espaços públicos, viabilizando o acesso não só aos conteúdos da área, mas também às possibilidades que eles constroem relativas às experiências com outras pessoas.

6.5 Narrativas: a comunidade e o serviço, pelo profissional de Educação Física

Neste tópico conto, como foi a experiência do projeto “Práticas Corporais e Comunidade” no CSE Samuel Pessoa, desde as primeiras observações até a última coleta de dados, tentando entrelaçar dados da literatura, as observações do

pesquisador e as entrevistas, de modo que o texto estará permeado pela transcrição de alguns depoimentos e comentários das pessoas que participaram dos encontros e dos profissionais do serviço.

6.5.1 O começo

No item anterior, apresentamos a primeira sistematização do projeto. Apesar dos planos de aula preparados, com diferentes conteúdos, ainda não conhecíamos a população, como seria a utilização do espaço e a participação dos outros profissionais do serviço. Dessa forma, sabíamos que as aulas e o próprio projeto só seriam caracterizados depois da interação com a comunidade.

As atividades tiveram início no dia 13 de novembro de 2001, uma terça-feira. Gostaria de contar como foi esse primeiro dia, que teve um significado especial; apesar de ser nossa primeira experiência, mostra a forma do projeto após a interação com o grupo.

Como todo novo desafio, fiquei ansiosa e preocupada esperando por esse dia. A noite foi agitada, ficava pensando se as pessoas viriam, como seria o contato com elas, qual atividade desenvolver e se seria adequada; enfim, tentava imaginar como tudo aconteceria. A ansiedade diminuiu quando as professoras Myrian e Yara e o Dr. Ricardo (médico do CSE) chegaram. Conversamos sobre o ponto de encontro e a atividade, que foi uma caminhada pelo Instituto Butantã, que fica ao lado do CSE. Logo vieram as primeiras pessoas. A medida que elas chegavam, nós nos apresentávamos e mantínhamos uma conversa informal.

A realização da caminhada possibilitou que conversássemos livremente com as pessoas, permitindo interação e aproximação. Logo que entramos no Butantã algumas delas se lembraram de fatos passados vividos nesse espaço. Uma senhora lembrou da primeira visita ao Instituto Butantã há mais de 20 anos, outra, das brincadeiras da neta enquanto ela fazia tricô, “só que agora”, ela disse, “minha neta tem dezoito anos, e eu nunca mais voltei aqui”.

Ainda nessa primeira parte da caminhada, um senhor me disse que não tinha conseguido dormir direito, pois ficou pensando: “o que será que vai ter lá, o que vai acontecer, será que eu vou poder fazer?”. Logo me identifiquei e disse a ele o que tinha sentido também. Chegamos em um ponto onde não passavam carros,

paramos e fizemos alguns alongamentos. Estávamos em frente a um dos museus do Instituto e quando percebemos alguns funcionários estavam acompanhando os exercícios da janela do prédio. Depois, caminhamos novamente, o grupo adotou ritmos diferentes, formando pequenos grupos. No entanto, quando se abria uma distância o pessoal parava e esperava os outros se aproximarem. Ainda na caminhada, uma senhora que estava indo para um departamento do Instituto, aderiu ao grupo e terminou a caminhada com a gente.

O ambiente do Butantã é privilegiado. Existe uma grande área verde e a circulação de automóveis é restrita, possibilitando a realização da atividade em um ambiente tranquilo. As observações das pessoas quanto ao local eram constantes, principalmente em relação às quaresmeiras, que estavam floridas, ao ar mais puro e às sombras das árvores, que formavam um ambiente adequado para a prática da caminhada.

Alguns desses aspectos continuaram dando o tom das atividades e das relações entre as pessoas envolvidas com o projeto. Como a solidariedade, que foi constatada em outras passagens em nossos encontros, onde observamos um cuidado em relação ao outro. As memórias, a valorização do contato com a natureza e o interesse de outras pessoas, que não faziam parte do grupo, pelas atividades do projeto, entre outros, também estão presentes em nossas observações, como conto a seguir.

6.5.2 As experiências do trabalho coletivo e a troca com a comunidade

O texto que segue foi escrito com base nos dados coletados durante a realização dessa pesquisa, sendo que as idéias e os resultados foram articulados segundo o processo pelo qual o projeto de "Práticas Corporais" passou junto com as pessoas que participaram das atividades e da instituição na qual ele foi realizado. Por isso, gostaria que essa visão de processo ficasse presente no texto, já que aquilo que está nos depoimentos fez parte do que foi vivido no decorrer do projeto. Não são dados estanques, resultados isolados, mas considerações que foram construídas na convivência, especialmente pelas pessoas que compuseram o grupo que, entre outras coisas, deram vários exemplos de sentimento solidário, possibilitados pelo trabalho coletivo.

Por exemplo, tivemos uma senhora no grupo que tinha um pouco de dificuldade para andar e que, em um dos encontros, ficou hipoglicêmica² (ela é diabética e toma 10 remédios todos os dias). Em uma quinta-feira, terminamos a aula e fiquei na sala fazendo o cadastro de duas pessoas novas. Quando fui embora, encontrei no caminho esta e uma outra senhora do grupo que ficou junto com ela esperando-a comer seu lanche (para não ficar hipoglicêmica novamente) para acompanhá-la, de braços dados, até o ponto de ônibus.

Um outro caso que me chamou a atenção foi quando dois irmãos vieram para os encontros perguntando se podiam assistir à aula. Eu disse que sim, que poderiam participar, então eles contaram que estavam lá para ver e aprender alguns exercícios para passar para a mãe deles em casa. Disseram que na consulta, a médica falou que seria bom que ela fizesse exercícios, devido a uma doença que prejudicou seus movimentos. Mas como ela não conseguia subir as escadas do CSE, os filhos foram acompanhar as atividades para desenvolver os exercícios em casa com a mãe. Durante várias semanas os irmãos se revezaram, cada dia vinha um, às vezes os dois. No final da aula conversávamos, no sentido de orientar com mais cuidado quanto aos tipos de exercícios que a mãe deles poderia fazer e como realizá-los.

Também observamos que várias pessoas do grupo se disponibilizavam a auxiliar outras, principalmente aquelas com menor autonomia para fazer certos movimentos, a realizar as atividades, demonstrando também uma boa interação entre faixas etárias diferentes. Também tivemos pessoas encaminhadas da saúde mental, as quais apresentavam, por exemplo, dificuldade para falar e instabilidade emocional. No entanto, o grupo sempre se mostrou receptivo, algumas vezes percebia conversas, antes ou depois dos encontros, e no período das discussões, nas quais trocavam relatos de experiências, desabafos e conselhos, e incentivos àqueles que demonstravam também dificuldades motoras.

Também nas caminhadas quando avisava que ia ficar um pouco para trás para acompanhar uma ou mais pessoas, que andavam mais lentamente ou que estavam cansadas, e pedia para as outras continuarem caminhando, algumas

² Condição em que a concentração de glicose no sangue está abaixo dos níveis normais.

diziam: “não tem problema a gente vai devagar também”, ou então queriam esperar os que estavam para trás para caminhar junto com eles.

A respeito dessas ações solidárias que compunham o cotidiano do grupo, OLIVEIRA (2001, p. 16) afirma que

uma cultura solidária emerge a medida que as interações sociais se fundam numa base comum, na qual os participantes se voltam um para o outro, compondo um campo mutuamente compartilhado. Estabelece-se uma rede de influências, em que direitos e responsabilidades são construídos, acertados e cultivados por meio de práticas, costumes, crenças e auto-regulamentações comuns, inspirados em bases igualitárias.

E o autor complementa que o aspecto lúdico pode ser interessante no sentido de levar as pessoas a um "estreitamento de solidariedade, de camaradagem, de participação na vida do outro, de responsabilidade social pelo projeto coletivo de suas, de nossas vidas" (OLIVEIRA, 2001, p.16).

O espaço do Butantã também motivou nas caminhadas aspectos de observação e contemplação. Várias pessoas do grupo andavam observando plantas, árvores ou vegetação rasteira, identificavam plantas medicinais, explicavam para o que serviam, como eram preparadas e usadas, ou então mostravam também seus conhecimentos sobre florada das árvores, suas variedades, entre outras coisas. Contemplavam, além da vegetação, os sons do ambiente, a exposição dos animais, em meio a tudo isso, surgiam sempre questões, risos e integração.

Uma última observação sobre o uso de espaços externos ao CSE: em alguns dias, em particular às terças-feiras, a área do anfiteatro não foi suficiente para desenvolvermos as atividades. Nesses dias, íamos ao Instituto Butantã, porém a primeira parte do percurso era um pouco íngreme e algumas pessoas tiveram dificuldades para andar. Assim, pensamos em usar uma rua fechada do Butantã que fazia divisa com o CSE. As pessoas do grupo gostaram da idéia e se dispuseram a ir até a diretoria formalizar o pedido. Com a ajuda do pessoal da secretaria do CSE, a

partir do mês de julho de 2002, o diretor administrativo do Instituto autorizou o uso do espaço, depois de feito o pedido formal por meio de ofício.

Com relação às memórias, além daquelas relacionadas ao espaço do Butantã, as pessoas também contavam sobre suas brincadeiras de criança, principalmente quando fazíamos atividades recreativas, a vida em sítios e fazendas, com relatos sobre os momentos de lazer e também de trabalho, pois várias pessoas do grupo cresceram nesses locais. As memórias sobre trabalho eram recorrentes: os lugares, o que faziam, as curiosidades, muitas vezes para comparar realidades diferentes, entre passado e presente, com depoimentos que denotavam mais orgulho do que já tinham realizado na vida do que tristeza acerca das dificuldades enfrentadas.

A idéia de oferecer às pessoas um espaço no qual elas iam ter oportunidade para experienciar, aprender e ensinar coisas, sempre passou pela intenção de que isso pudesse ser usado em outros momentos da vida e ser transmitido a outras pessoas, como a familiares e amigos. Pudemos observar vários comentários sobre a troca de conhecimentos aprendidos nos encontros, principalmente relacionados aos alongamentos para melhorar dores musculares, posturas, tensões do dia-a-dia, identificando as regiões do corpo que estavam passando por um processo de dor e os alongamentos mais indicados, estabelecendo relações entre algumas atividades diárias, como as de trabalho, que poderiam estar causando dor. A Bene disse "... quando eu chego em casa, levanto de manhã e eu estou sentindo alguma coisa, eu já faço o alongamento ...". Nas observações, várias pessoas comentavam como tinham ajudado o neto com as dores no pescoço, a irmã com dores nas costas, ou como passaram a incluir alguns exercícios na rotina de trabalho.

O grupo sempre se constituiu num fator relevante de motivação para a participação das pessoas. Isso pôde ser observado tanto nos encontros – na preocupação com os faltosos, na recepção amistosa dos novos alunos, do entusiasmo em ver o grupo crescer, nas relações que se estenderam foram do CSE, como os encontros na feira, os passeios marcados, no incentivo que o outro representa no cuidar de si mesmo – como nas entrevistas. Por exemplo, "... esse grupo me animou bastante, (...) todas as pessoas são amigas, uma anima outra, nós

brincamos, jogamos bola, fazemos exercícios ...” (Joana), ou nas palavras da D. Clara “... foi uma das melhores coisas que podia ter me acontecido, estar no meio das pessoas conversando, da minha idade (...), eu tanto queria estar sempre junto com elas ...”, e da Bene “... eu tenho aprendido bastante com vocês aqui, com você, com o grupo e como também se comportar com as pessoas, por eu era um tipo de pessoa que não gostava de ficar no meio assim (...) mas é uma coisa que com a experiência de cada um a gente aprende ...”.

Nos momentos dos encontros reservados para discussão, as experiências individuais e a troca com o grupo também foram importantes. Por exemplo, falar de obesidade envolveu diferentes aspectos: atividade física, nutrição, padrões de beleza. Cada um tinha suas observações, experiências com dietas, com a atividade física, com os limites e desejos pessoais em relação ao próprio corpo, contribuindo com as discussões em perspectivas diferentes. Por exemplo, depois de duas aulas discutindo o tema, uma aluna trouxe para o grupo uma amostra do açúcar *light*, e o melhor, com um bolo feito com ele para o grupo experimentar e a receita junto.

Mas as discussões se desdobravam para a obesidade relacionada à saúde, para as questões relacionadas ao corpo, aos padrões estéticos, e como cada um lidava com isso. Para Seu Vitório, os modismos fazem com que muitas vezes “a pessoa fique escrava de si mesma”. O que chama a atenção para o que diz NOGUEIRA (2001), analisando a obra de ILLICH (1985)³, o autor destaca que o corpo tem ocupado um lugar de centralidade na cultura contemporânea, sendo objeto de constante preocupação de intensos cuidados das pessoas. A preocupação excessiva com o corpo promove uma visão superficial e egocêntrica do que seja saúde, assim como os cuidados com o corpo vêm-se tornando tão variados e obsessivos que geram uma espécie de hipocondria social: “a preocupação exagerada com o corpo contraria o significado de uma vida saudável, que deveria ser alcançada e mantida de forma mais espontânea e tranqüila ...” (NOGUEIRA, 2001, p. 64).

Para falar sobre hipertensão, diabetes, entre outros, também pude contar com os relatos importantes do grupo. Por exemplo, com relação à hipertensão,

³ I. ILLICH, *Medical Nemesis, the expropriation of health*, Nova York, Panteon Books, 1985.

pontos relacionados à doença como a questão da hereditariedade, o perigo de ser uma doença silenciosa e o que pode ser usado para ajudar no tratamento, como a prática de atividades físicas e o controle da alimentação, foram todos discutidos com base naquilo que as pessoas contavam, de modo que elas davam as informações, destacavam pontos relevantes e o profissional mediava a discussão, complementando quando possível.

A avaliação do que fizemos nos encontros, e de tudo o que foi construído pelo grupo nesse período, e as possíveis melhoras nas pessoas, deu-se por meio das observações e das entrevistas. No decorrer dos encontros e depois, com os depoimentos, percebemos que, de modo geral, as pessoas relatavam melhoras individuais em dois sentidos: um relacionado aos estados de percepção subjetiva; e outro relacionado aos estados de aspectos clínicos, ambos acerca dos problemas de saúde e das possíveis melhoras.

Durante os encontros, algumas pessoas sempre comentavam sobre as melhoras que iam percebendo. As principais observações se referiam às dores nas costas, dores nas articulações, especialmente dos dedos das mãos e dos ombros, melhoras no sono e nas câibras, especialmente na região das coxas e da panturrilha. Por exemplo, a Terezinha disse que "... tinha aquelas dores nas juntas, não podia estalar os dedos, aquelas dores no pescoço, nas pernas, isso aí melhorou muito ...". Também a Glória contou que foi para o grupo porque "... tinha dores nas pernas, no joelho, no braço e tinha também esse negócio de pressão alta (...) então isso tudo eu fiquei boa e não to sentindo mais aquelas dores no braço, nem no joelho ...".

Outro problema de saúde citado com frequência foi a hipertensão. Esse já era um problema exposto pelo profissional do CSE que mediou o projeto. Nesse sentido, tentamos ressaltar o tema nas nossas discussões e orientar como a prática de atividade física pode auxiliar no tratamento dessa doença. No entanto, sabíamos que seria difícil ter uma avaliação específica dos resultados obtidos, uma vez que isso implicaria na realização de exames clínicos do tipo pré e pós projeto. Por outro lado, tivemos o aspecto positivo de as pessoas hipertensas se tratarem no CSE, com retornos regulares no grupo de PA. E, de maneira espontânea, começaram a chegar alguns comentários dos alunos após os retornos no grupo de PA, como a diminuição nas doses de remédio ou a estabilização da pressão arterial. No caso da D. Vilma,

por exemplo, ela disse que “tinha sempre a pressão alta, sempre tava muito alta, e tomando remédio pra baixar a pressão, e a médica sempre falava pra mim fazer ginástica, ‘a senhora precisa fazer ginástica’, e me deu umas folhas de papel uma porção de vezes. Aí, depois, eu vim pra cá, a minha pressão agora não sai de doze por oito, que eles até abaixaram meio remédio... “. D. Alice disse que foi ao grupo “um pouco para melhorar a pressão, que controlou bem e estou me sentindo muito bem”.

Sabemos que essas melhoras não se devem exclusivamente ao que é feito no grupo de “Práticas Corporais”, afinal, do ponto de vista clínico, praticar atividade física uma vez por semana não seria suficiente para trazer alterações fisiológicas necessárias. Mas pode ser que, como contou a Carmem: “quando eu fui ao médico ontem, ele falou pra mim que eu não precisava tomar remédio é porque eu estou vindo aqui, esse estímulo”. Quer dizer, não só a prática de uma atividade física, mas tudo que é vivido no grupo pode estar estimulando as pessoas de alguma forma a se cuidarem, a fazerem atividade física mais vezes por semana, por exemplo. Além disso, também foi freqüente a relação entre a melhora da pressão arterial e o bem estar, o sentir-se bem, isto é, as atividades do grupo ajudavam as pessoas a ficarem mais relaxadas, a sentirem-se mais dispostas e felizes. Assim nos conta D. Joana: “a gente chega relaxado em casa, com outro pique pra fazer o serviço, é outra pessoa, o nervoso passa, a minha pressão está melhorando, as minhas dores que eu também tinha aqui nas costas melhorou muito ...”.

Como vimos, além dos problemas de saúde de aspecto clínico, as pessoas também citaram os de percepção subjetiva, que também tiveram melhoras. Além da pressão alta, D. Joana contou que “estava mesmo uma pessoa deprimida, não queria sair de casa (...) não tinha mais vontade de fazer o serviço, era uma pessoa desanimada”, e também a Bene disse que “tinha muita dificuldade” e explicou: “você vê eu sou uma pessoa tímida, eu não converso, então eu, no começo, eu não queria vir, porque eu falei eu vou ficar no meio desse povo todo aqui?”. Mas conta: “gosto muito do grupo, das pessoas e me sinto muito bem”.

Com a convivência, as pessoas se sentiam mais à vontade e contavam para mim ou para outras pessoas do grupo as suas dificuldades, que vão além daquilo que imaginamos poder ajudar quando pensamos em nossa intervenção, e

que representam outros problemas de vida dessas pessoas. Os casos são diversos: problemas de violência com o ex-marido, problemas de moradia, que com as chuvas se agravam, solidão, perda de pessoas queridas. Tudo isso esteve presente em nossos encontros, por isso, estar pronto para ouvir, mediar, pode ser fundamental para que aquilo que fazemos tenha algum significado para as pessoas que estão no grupo, diante de tantas adversidades. Para acalmar essas atribulações do cotidiano, o grupo sempre foi um ponto forte, de apoio, a medida que as pessoas se dispunham a partilhar seus problemas.

Com relação às práticas, pude observar a dificuldade que várias pessoas tinham para realizar movimentos “não conhecidos”. Algumas vezes, apenas um alongamento para o braço causava sensação de estranhamento; o caminhar nas pontas dos pés, risos; o relaxamento do corpo, algo difícil. Tamanha é a distância que a vida oferece, que o trabalho exige, para um momento, um tempo para o cuidar do corpo. Algumas pessoas ficavam com os corpos “enrijecidos”, não conseguiam fazer movimentos circulares, foram casos em que as informações precisavam ser variadas: verbal, visual e também sinestésica. Aí pode estar a dificuldade que algumas pessoas têm para aderir à prática autônoma de atividades físicas, diferente de apenas ter informação veiculada na mídia, da importância de incluir a prática de atividades físicas no cotidiano. Por exemplo, em um dos encontros, uma aluna disse: “falta a prática, se fala muito da Educação Física e da saúde, mas se faz pouco”. Isso nos faz pensar nas seguintes questões: De que forma a Educação Física tem tratado seu status de profissão de saúde? Qual intervenção temos priorizado em nome da saúde?

Apesar dessas dificuldades em relação às práticas corporais, as pessoas demonstraram conhecimento acerca do seu corpo, por exemplo, elas justificavam a escolha do horário para participar do grupo e para fazer algumas atividades diárias porque era o período em que ele estava mais disposto ou preparado, também reconheciam a diferença entre um esforço físico exigido pelo trabalho e o de uma atividade realizada no grupo. E foi interessante observar, no decorrer dos encontros, como elas foram ganhando mobilidade e consciência corporal e a postura mudando na realização dos exercícios. Por exemplo, algumas pessoas reconheciam, espontaneamente, momentos em que os segmentos corporais ficavam mais

pesados, devido ao afastamento do tronco. D. Joana disse em uma atividade: "eu não sabia que meu braço pesava tanto". Sabiam qual região estava sendo trabalhada pela percepção do movimento, do exercício, reconheciam os pontos de tensão e orientavam os companheiros quando fazíamos um pouco de massagem.

Tanto quando fazíamos os exercícios, como quando estávamos nas discussões, foi possível perceber que muitas coisas não estavam claras para as pessoas. Por exemplo, fazer alongamento não implica que as pessoas saibam o que ele seja, nem para o que serve, por que não é indicado fazer atividade física em jejum, informações que ouvimos todos os dias, mas que ainda não sabemos o porquê. Em uma das aulas, um senhor me perguntou o que era o colesterol que o médico sempre falava, uma senhora perguntou se era bom fazer atividade física depois do almoço para gastar as calorias que comeu, e um senhor perguntou se o alongamento "é aquele exercício que se faz deitado". Essas e outras dúvidas precisam ser consideradas, tratadas com cuidado nas discussões, e o profissional precisa estar atento a possíveis dúvidas que as pessoas não expressaram tão claramente.

Um último ponto se refere à questão dos desejos, dos sonhos, como destacam alguns autores referenciados nesse trabalho (AYRES, 2001; CAMPOS, 2000; CARVALHO, 2001a), que tantas vezes me fez pensar como saber quais são. Será que vou conseguir trabalhar com eles? Será que a Educação Física tem parte nisso? Vou destacar o depoimento da D. Clara, uma senhora de 75 anos, disposta, que trabalhou muito e que mostrou como os desejos, e os sentimentos de felicidade estão próximos da simplicidade, como das suas palavras, que assim contou: "estou muito contente e feliz mesmo. (...) Então, eu também queria que tivesse alguma coisa, que eu sempre sonhei em fazer e que se ainda fosse possível, é natação e dançar, tenho vontade de dançar num baile, humm, mas ainda não tenho condições de estar freqüentando, esperar mais um tempinho, pra vê se dá tudo certo (...), aproveitar agora, que antes eu só trabalhava, estudar mesmo eu num ligava muito pra estudar (...). Até hoje se eu pudesse ajudava as pessoas, ainda sinto aquele ânimo sabe, de ajudar as pessoas, às vezes eu falava assim: será que eu agüento aquilo, fazer tudo isso? Mas (...), dá aquela vontade assim de lutar ainda, da a impressão que eu sou jovem, e eu não sou jovem e então eu falo: não, eu não tenho

mais idade pra isso. Sabe, mas a vontade não acabou não, e a esperança ainda que vai ter muitas coisas não acabou também não”.

Espero que o grupo de “Práticas Corporais”, e eu, como profissional, e como pessoa, tenhamos conseguido, ao menos em parte, atender alguns dos “desejos” da D. Clara, aqui representando outros, não expressos claramente. Com certeza, aprendi com seu depoimento que dar significado às nossas propostas para as pessoas pede convivência, pede atenção, pede disposição para ouvir e perceber como aquilo que aprendemos pode ajudar alguém a ter na vida uma realização e, conseqüentemente, também dar sentido ao nosso trabalho.

6.5.3 As experiências com os profissionais do CSE

Com relação ao CSE, posso dizer que os seus diferentes profissionais possibilitaram, aos poucos, maior integração das atividades junto ao serviço. É claro que, no início, havia um certo desconforto de estar em um espaço “do qual efetivamente eu não fazia parte”. Depois, esse sentimento foi superado, no sentido de me sentir mais integrada à rotina do serviço.

Os primeiros contatos estabelecidos foram com o pessoal da secretaria, do almoxarifado e do fichário, devido à necessidade de pegar materiais e pedir e dar informações. Depois, o contato se estendeu aos médicos da clínica e aos profissionais do setor de saúde mental, nesse caso, devido aos encaminhamentos e ao retorno acerca das pessoas que estavam participando.

Também tive um contato mais próximo com duas profissionais, a responsável pela área de educação em saúde do serviço e outra do setor de informática, especialmente em ocasiões que elas foram conversar comigo sobre a possibilidade de estar oferecendo algum atendimento para os funcionários do CSE. Isto porque, segundo elas, é recorrente o afastamento de pessoas por causa de dores musculares, de lesões por esforço repetitivo, em especial dos atendentes do fichário e da creche.

Além disso, também questionaram a respeito das dificuldades dessas pessoas realizarem algum tipo de atividade física fora do horário de trabalho, em outros espaços, e da ineficácia de apenas recomendar, por exemplo, que as pessoas fizessem alongamentos por meio de folhetos informativos. Segundo as funcionárias,

seria interessante que eles tivessem contato com uma atividade para despertar a atenção para os cuidados com o próprio corpo, não só por causa das atividades de trabalho. Assim, sugeriram a possibilidade de pensarmos, junto com a diretoria do serviço, uma alternativa viável, quanto à realização de um atendimento que favorecesse a participação dos funcionários, considerando a rotina do serviço.

Essa era uma idéia que vínhamos cogitando, eu e minha orientadora, devido ao fato de que alguns funcionários me procuravam para tirar dúvidas sobre como e quais alongamentos poderiam fazer, em especial para a prática de esportes, ou então sobre lesões e dores musculares. Assim, vínhamos pensando sobre a possibilidade e de que maneira poderíamos atender essa demanda.

No mês de fevereiro de 2003, estruturamos uma proposta junto com a educadora do serviço que foi aprovada pelo Grupo Técnico Administrativo (GTA). A partir de março, começamos as aulas, que estão sendo realizadas às terças-feiras. Como os funcionários do CSE trabalham em turnos, das 7h às 13h e das 12h às 18h, o horário foi definido de modo que os dois grupos pudessem estar participando, abrangendo o período em que os dois turnos estão no CSE, das 12h às 13h. São duas aulas de 30 minutos cada, a primeira para o grupo que está chegando, e a segunda aula para o grupo que está terminando o turno.

Em outro momento, uma médica do PSF participou de um encontro, porque tinha curiosidade em saber o que fazíamos e também porque, segundo ela, precisava fazer exercícios, estava ficando "travada" e com dores nas costas. Lamentou que não poderia participar sempre das atividades, devido ao seu horário de trabalho. Essa mesma médica manteve contato comigo para trocarmos referências que auxiliassem o orientando dela que estava fazendo monografia a respeito dos benefícios da atividade física sobre os níveis de ansiedade e depressão.

É importante ressaltar que essas considerações abriram uma nova perspectiva de trabalho do educador físico nesse serviço, de oferecer atendimento não só para os usuários, mas também para os próprios funcionários do serviço. Além disso, a relação e o compartilhamento entre os conhecimentos, dos diferentes profissionais do serviço, mostrou-se rico e oportuno.

De modo geral, também pude perceber um apoio dos diferentes profissionais do CSE, que constantemente perguntavam sobre o andamento do

trabalho, contavam sobre outras experiências de atividades em grupo, traziam informações acerca de algumas pessoas que estavam participando do projeto e que, de alguma forma, faziam comentários nas consultas ou nos outros atendimentos. De modo especial, gostaria de destacar a participação da terapeuta ocupacional que, sempre que possível, trocava informações a respeito das pessoas que ela tinha encaminhado.

Na parte mais técnica ou de suporte, também contei com a colaboração do Dr. Ricardo Teixeira, que acompanhou o andamento do projeto, deu idéias sobre as formas de convidar as pessoas para o grupo e de como avaliar as mudanças na demanda, fez reserva dos espaços para os encontros, sendo, na maioria das vezes, o intermediário entre algumas necessidades do projeto e o serviço.

Esse envolvimento dos profissionais do CSE possibilitou que nosso trabalho não ficasse “perdido” no serviço, ainda que nós não participássemos diretamente do funcionamento do mesmo, uma vez que não estávamos inseridos na convivência diária do CSE. Por outro lado, não perdemos a autonomia de conduzir nossa proposta de trabalho. É claro que, durante o período de desenvolvimento do projeto, continuamos tomando decisões em conjunto, repensamos estratégias, de maneira que a atividade continuasse a ter sentido tanto para o serviço, para o grupo, como para nós profissionais/pesquisadores.

As entrevistas mostraram um pouco mais como o projeto de “Práticas Corporais” esteve envolvido no serviço. Algumas pessoas disseram conhecer o projeto com base na rotina que foi estabelecida, de ver o movimento das pessoas na sala de espera, de ouvir os barulhos das atividades e do retorno que alguns usuários traziam. Outras disseram ter apenas as informações técnicas para passar para os usuários, justificando a distância por estarem em setores diferentes do serviço ou por não terem contato mais próximo, como a participação em uma aula, por exemplo.

Ainda falando sobre o projeto, foi possível verificar alguns pontos nos depoimentos que se referiam a uma avaliação do mesmo. A Ana disse: “eu tenho visto, percebido, nesse um ano, em um ano de atividade, que as pessoas que participam têm uma assiduidade, elas gostam, eu ouço as gargalhadas, eles ficam felizes, isso se constituiu num grupo, me parece, no que eu observo as pessoas, (...)”

vendo o grupo, que eles tiveram um ganho de qualidade, assim, seja até na relação do grupo, seja até pessoalmente na postura deles, é diferente”.

Dois profissionais também fizeram observações acerca do modo como o projeto foi realizado. Por exemplo, “uma coisa que é legal é que é uma atividade que não é só para pacientes que têm patologias, riscos (...) é para as pessoas que têm interesse”, e a entrevistada continua dizendo que também acha interessante “... a articulação entre a Escola de Educação Física e a Faculdade de Medicina e o Centro de Saúde, porque as integrações institucionais são sempre muito importantes e produtivas ...” (Cíntia).

Cecília também deu sua percepção do trabalho: “... me pareceu que vocês trabalharam incluindo aspectos lúdicos, facilitando a convivência do grupo, dando espaço também pra um desempenho do corpo e, ao mesmo tempo, tentando sempre trabalhar em grupo, mas também dando um espaço para o indivíduo, pra ele ter alguma possibilidade de se perceber fazendo, lidando com o próprio corpo. Então, eu acabei tendo uma idéia sobre o trabalho que você faz através dos pacientes, mais ou menos nessa linha. (...) eu achei que isso casou bastante com as necessidades que a gente percebe nos pacientes” (Cecília).

Segundo os profissionais entrevistados, os depoimentos estão baseados na observação do dia-a-dia do serviço, que, por ser pequeno, permite que as pessoas se vejam com frequência, e também nos comentários dos usuários.

A médica do setor de adultos levantou um ponto que poderia ter sido realizado devido à necessidade de “... instrumentalizar mais o conjunto dos profissionais do serviço sobre a história da atividade física” (Cíntia), assim como acontece com os demais profissionais do CSE, com as reuniões que são realizadas semanalmente. A entrevistada deu o exemplo de outros profissionais menos comuns no serviço, como o educador e o assistente social, que além de desenvolverem a assistência direta nos grupos e nos atendimentos individuais, eles acabam sendo profissionais de referência no conjunto da equipe. Nesse sentido, há um destaque para o profissional

... como um trabalhador coletivo, isto é, profissionais cujas práticas formam um todo cooperativo, na complementaridade

objetiva de cada trabalho parcelar com os demais. Necessita cada profissional, pois, conhecer as práticas efetivas dos demais trabalhos, captando as demandas de interação com o seu particular desempenho (SCHRAIBER & MENDES-GONÇALVEZ, 2001, p. 41).

As articulações possíveis no próprio serviço, entre os diferentes profissionais e tipos de atendimentos oferecidos, também foram observadas pela responsável do setor de saúde mental: "... do ponto de vista da saúde mental, a gente acha muito interessante trabalhar com o corpo, principalmente deslocando isso pra um espaço mais específico mesmo e ao mesmo tempo próximo, porque facilita então o acesso. Vários pacientes, se essa atividade não tivesse sido feita aqui, você deve ter percebido pela clientela que você conviveu, (...) que eles não teriam se encorajado até de ir, devido a um grau de afastamento desse plano de necessidade que se expressa no corpo". E complementou: "... nós não temos nenhuma experiência conjunta do trabalho mental com o trabalho corporal, embora existam linhas alternativas, mais ou menos alternativas, relacionando isso e trabalhando duplamente com essas duas instâncias." (Cecília). Isso chama a atenção novamente para a importância de um trabalho mais integrado com outros setores do serviço, de modo a adequar os atendimentos às necessidades das pessoas, e do espaço no qual o profissional estava inserido, que poderia estar, então, aproximando pessoas das práticas da Educação Física, que por questões econômicas e limitações pessoais não teriam essa experiência, caso o atendimento fosse fora do CSE.

Para Natália, esse também é um aspecto importante, porque "... a gente sempre fala do exercício físico, porque a gente trabalha muito com obesos, hipertensos e a gente sabe que é um fator de risco o sedentarismo, e a gente gostaria que eles caminhassem, mas eles falam 'é difícil, porque a rua é violenta, tem muito buraco, não tem onde fazer esporte, a USP fechou pra São Remo', então as pessoas tinham muitas dificuldades, é caro, os lugares são pagos. Então quando eu podia oferecer pras pessoas que tinha aqui, parecia que a minha orientação ficava mais forte e muitas pessoas topavam, e ficavam muito satisfeitas de saber que

poderiam vir aqui. Eu acho que, como atividade assistencial, foi um enriquecimento grande pra gente e facilita o nosso trabalho”.

Com relação à participação do profissional de Educação Física no serviço público de saúde, várias questões foram levantadas pelos profissionais no sentido de justificar, ou não, a pertinência do profissional no serviço, além de facilitar o acesso, como dito anteriormente.

Para Cecília, este pode ser um trabalho interessante já que “... na atenção primária trabalha muito com essa visão da saúde tentando amplificar ao máximo os aspectos intervenientes no processo de saúde”. Segundo Natália, a prevenção de doença cardiovascular, por exemplo, “... é uma coisa que envolve mudança de comportamento, envolve educação, envolve muitas possibilidades, só que quando você tem só o médico e a auxiliar de enfermagem, como é na maioria da rede, ou a enfermeira, você tem poucas opções concretas pra oferecer pras pessoas. E eu acho que o contato com outros profissionais ajuda também os médicos a ampliar a visão de saúde ...”.

Na revisão de literatura, constatamos que existem experiências nesse sentido e que as questões de saúde relacionadas aos cuidados com o corpo e com a prática de atividades físicas vêm crescendo. Entram aí as questões sobre qualidade de vida, o crescimento das taxas de obesidade, sedentarismo, as doenças crônicas. Como comenta Ana: “... eu acho que os pacientes ganham muito com esse profissional, principalmente porque tudo é crônico, a dor é crônica, hoje as pessoas sofrem de dores crônicas, que não passam e ficam cada vez mais limitadas, com medo de fazer esforço porque vai doer, muito distante do seu corpo, (...) você começa a se relacionar com o seu corpo como um peso, uma coisa que te incomoda, que você não tem a menor intimidade com ele ...”, e continua: “... E eu acho que pensar na saúde, porque (...) é um centro de saúde, não pode ser um centro de doença, então a gente tem que pensar numa promoção à saúde mesmo e a Educação Física está diretamente ligada, principalmente num mundo onde a gente vive”.

É também o caso das doenças ocupacionais, outro ponto destacado na fala de alguns profissionais. No grupo, era comum ter pessoas que traziam reclamações de dores musculares, tendinites, entre outros, devido à rotina exigida no

trabalho. Isto também está presente no CSE. Segundo o chefe do setor de administração, “aqui no centro de saúde é clássico, a gente tem conhecimento disso, a gente tem um monte de pessoas aqui que começaram a trabalhar no fichário e que estão afastadas por questão de doença de saúde profissional, por causa do trabalho, do movimento repetitivo, o próprio pessoal da limpeza tem uns dois que foram contratados pelo centro de saúde e que estão cheios de restrições, também em função do trabalho. Eu não sei se o trabalho que é pesado ou se as pessoas que não sabem executar as tarefas adequadamente” (João). Assim, a participação do educador físico no CSE aparece como uma possibilidade de estar intervindo nesse sentido também.

No entanto, no caso dos Centros de Saúde, o educador físico “... é um personagem que não tem, que muitas vezes quem faz o papel desse personagem, às vezes, é um educador ou o assistente social que, então, aprendeu por conta própria ou até porque aprendeu porque faz um *tai chi chuan*, porque faz uma yoga, acaba fazendo esse trabalho” (Ana). E cita a experiência do próprio serviço que, com uma enfermeira, ofereceu aulas de *Lian Kung*. Outra entrevistada também se refere à presença de um profissional para “... estar propondo exercícios porque a gente pode até saber uns exercícios, que tipo de exercício é legal, mas a gente não sabe propor o exercício, ensinar realmente como se faz, e não tem mesmo aquela rotina pra estar acompanhando os pacientes” (Lúcia).

Com base em experiências anteriores, do próprio serviço com a Educação Física, a enfermeira responsável pelo setor de enfermagem disse que percebeu a importância do profissional por ele trabalhar a questão do corpo: “... quando eu vejo um professor de Educação Física dentro de uma unidade básica de saúde, a proposta diferente da Educação Física trabalhar com o corpo, e não só a questão da malhação, do corpo belo, mas do corpo relacionado à saúde, isso me deixa muito feliz, porque mostra que outras áreas, e principalmente a área de Educação Física está tendo uma preocupação com o corpo além da beleza física, e sim relacionando o corpo à questão da saúde, e trazer isso pra uma unidade de saúde acaba intensificando, também para os profissionais da área da saúde trabalhar outras questões do corpo” (Marli).

Cintia fez uma ressalva acerca do profissional de Educação Física no serviço: "eu tenho trabalhado muito mais com a idéia das atividades intersetoriais, eu acho que ter um profissional que pudesse só trabalhar no serviço, isso eu acho que não é uma boa idéia, eu acho que, por exemplo, ter uma profissional que pudesse trabalhar no serviço, mas também ter uma inter-relação com a escola, com o Parque, com atividades comunitárias".

Com relação às atividades comunitárias, isto já vinha sendo apontado como outro desdobramento do nosso atendimento no serviço. No entanto, neste ponto, chamamos a atenção para a questão do vínculo profissional do educador físico com a instituição. Além do trabalho voluntário, do estágio, da pesquisa, como a instituição se posiciona diante de uma possível contratação do profissional? Qual o vínculo que se deseja estabelecer? Esses são pontos discutidos no capítulo final deste texto.

7 OS SUJEITOS

7.1 O sujeito na Educação Física e nas práticas de saúde

Foram referências para esta discussão CARVALHO (2001 a, b) por tratar deste tema na Educação Física, de modo geral, e em relação à atividade física e saúde, de forma específica, e AYRES (2001) por tratar do tema na área médica e nas práticas de saúde, sendo que os dois autores propõem não só discussões teóricas, mas também o entendimento do sujeito e sua relação com o profissional no campo prático e trazem elementos que direcionam uma intervenção mais coerente voltada para o sujeito como ponto principal no nosso pensar, fazer e sentir.

Mas será que o sujeito tem sido incluído em nossas discussões? Segundo CARVALHO (2001 a), este tem sido subentendido pela Educação Física em uma imagem de corpo, criada e propagada pelas agências de marketing e disseminada pela mídia, sendo o corpo um "objeto de informação" desvinculado do sujeito, dos seus sentimentos e das suas vontades. Desse modo, a idéia de um corpo "objeto" continua, ainda hoje, reproduzindo-se nas práticas da área, seguindo o modelo

cartesiano no qual corpo e alma, imaginação e razão, estão separados e os sentidos somente confundem e atrapalham a certeza e, portanto, devem ser descartados no sentido de “purificar” e trabalhar apenas com o que é racional.

O pensamento cartesiano, que se traduz na dicotomia entre corpo e alma, pode ser observado, no texto *Paixões da Alma*, do próprio Descartes, no artigo quatro: “o calor e o movimento dos membros procedem do corpo, e os pensamentos da alma”, ou ainda:

... por não concebermos que o corpo pense de alguma forma, temos razão de crer que toda espécie de pensamento pertence à alma (...), devemos crer que todo o calor e todos os movimentos em nós existentes, na medida em que não dependem do pensamento, pertencem apenas ao corpo. (DESCARTES, 1973, p. 296).

Por essa passagem, é possível perceber a descrição de um corpo humano, orgânico, sendo que tudo o que ocorre nele pode ser explicado fisicamente. Estas idéias se aproximam dos fundamentos da Educação Física, os quais somente nas últimas décadas foram questionadas. Por exemplo, o modo como seus profissionais lidam com as pessoas, como máquinas que podem melhorar e render mais, com ênfase nas bases fisiológicas e biomecânicas, desconsiderando muitas vezes que trabalhamos com pessoas que pensam, sentem e desejam.

A superação dessa visão reducionista das nossas práticas passa pela

... busca do processo e do significado do que se pensa e do que se faz a respeito do movimento e da cultura corporal. Há que compreender a lógica que sustenta o sentido do pensamento, das ações e das funções que se traduzem também no que se pensa e se faz com o intuito de ir ao encontro do homem e não contra ele. (CARVALHO, 2001 a, p. 99).

Ir contra essa idéia seria favorecer a visão de uma profissão essencialmente técnica que, apesar do termo *educação* no nome, tem perdido espaço no ambiente escolar, por exemplo, talvez pela falta de um olhar mais profundo para as questões humanas. A idéia que tem prevalecido se apóia na atividade física como promotora da saúde, porém, muitas vezes, desvinculada de outros elementos envolvidos nessa questão, que acaba por não levar em consideração fatores sócio-econômicos e políticos, e mais, os interesses e desejos do próprio sujeito, *o sentido que as pessoas dão à vida*, nas palavras de CARVALHO (2001 a).

Com relação ao tema atividade física e saúde, a autora destaca:

... ainda que, aparentemente, o sujeito esteja obscurecido no discurso, ou no texto, paradoxalmente, ele está explícito. O 'lugar' destinado ao sujeito, ou o entendimento que prevalece a respeito do sujeito está caracterizado por uma 'figura' que muitas vezes não pensa, não sente, não experimenta emoções, desejos, não carrega consigo sua própria história de vida. Frequentemente ele aparece escondido em um grupo de sedentários ou praticantes de atividade física; em um grupo definido pela faixa etária (adulto, idoso); em um grupo definido pela natureza da atividade que desenvolve; atleta, não-atleta; indivíduos sadios e doentes, entre outras conotações (p. 10).

Os projetos e programas dão maior ênfase para a relação atividade física voltada para a saúde do que para a pessoa ou para o grupo que trabalhamos. Observando as publicações em periódicos da área específica, CARVALHO (2001 b) apontou que a temática atividade física e saúde limita-se aos benefícios de sua prática, independentemente do que pensa e pratica o indivíduo ou grupo que tenta acompanhar o programa, como também observamos na revisão realizada no capítulo quatro. Esse panorama sugere que as práticas da área estão aquém de uma atuação que reflète sobre o sujeito, que faz dele parte integrante do processo de construção das nossas intervenções, ainda mais quando o tema é saúde, onde a principal

preocupação do profissional é conseguir fazer com que as pessoas pratiquem atividades físicas o maior número de vezes possível para garantir as alterações fisiológicas esperadas.

Nas práticas de saúde, em especial médico-sanitárias, AYRES (2001) discute como o conceito de sujeito tem sido usado predominantemente na área, que tem como referência LALANDE (1993)¹. As principais críticas do autor à concepção dominante se referem à idéia de *permanência* que tenta moldar o sujeito a partir de uma natureza dada, transformando-o em objeto, e a idéia de *produção* na qual se apóia o sujeito-agente da história, sendo que o ser histórico é o ser produtor.

Com base em autores da filosofia contemporânea, como Rorty, Gadamer e Ricoeur, o autor propõe uma revisão ao conceito de sujeito usual que possa substituir a idéia de *permanência* "... pela contínua reconstrução de identidades e a idéia de *produção*, relacionada à dimensão transformadora, seja abarcada pela noção mais ampla de sucesso prático, que pode ou não passar pela produção de bens." (AYRES, 2001, p. 65), no sentido de contribuir, de maneira mais efetiva, com as práticas de saúde.

Para tanto, o autor se apropria da metáfora do *vôo da pomba* de KANT, no *Crítica da Razão Pura*, com intuito de identificar elementos que contribuam para uma visão mais fecunda de sujeito, e faz três considerações básicas: primeiro, a subjetividade (ato ou estado de ser sujeito) não é permanência, mesmidade, é sempre relação, é intersubjetividade; segundo, esta relação existe como:

... um encontro do desejante com a circunstância – o ato de se colocar diante do outro e engendrar as possibilidades de ambos e seu mundo compartilhado (...) e, por fim, (...) o que move o encontro desejante dos sujeitos e seu mundo não se traduz de modo restrito ao êxito técnico, mas refere-se a um sucesso, a uma situação que se traduz por felicidade, o que abarca também, e especialmente, dimensões éticas e estéticas. (AYRES, 2001, p. 67).

¹ A. LALANDE. *Vocabulário técnico e crítico da filosofia*, São Paulo, Martins Fontes, 1993.

Este último ponto levantado pelo autor traz uma discussão importante que se refere ao modo como trabalhamos com os sujeitos. O que tem norteado nossas ações está fortemente vinculado ao *êxito técnico*, relacionado ao “como” fazer e à construção de objetos. Por outro lado, o *sucesso prático* vai no sentido inverso: considera os “quê” fazer, busca a construção de sujeitos.

Como exemplo, o autor discute a questão da linguagem. Os profissionais de saúde, de modo geral, tentam estabelecer diálogos com os indivíduos ou grupos, para os quais desejam oferecer seus conhecimentos. No entanto, acabam ignorando o diálogo no qual já estão absorvidos, que acaba criando um vazio entre o sujeito-profissional e o sujeito-população, por não considerarmos o universo que ao mesmo tempo nos opõe e nos aproxima desses sujeitos. Assim, acaba-se rotulando de *fracasso* a frágil capacidade dos profissionais em conseguir o ideal de que as pessoas se tornem sujeitos de sua própria saúde. Esse fracasso pode ser do profissional em comunicar ou das pessoas em compreender e aderir às propostas (AYRES, 2001).

Neste ponto, podemos traçar um paralelo com a Educação Física, que tantas vezes se pergunta: apesar de sabermos dos benefícios que a prática de atividade física traz para a saúde, por que ainda é grande o número de pessoas que continuam não aderindo às práticas da área?

Ainda segundo AYRES (2001), o sentido de correção que tem orientado o discurso da área médica está fundamentalmente relacionado à idéia de conhecimento e controle das doenças, e questiona se é possível um compartilhamento, entre os profissionais e as populações-alvo, quando este é o horizonte normativo. Sem excluir a importância do controle de doenças, o autor destaca que do outro lado está o sujeito, para o qual tem se esquecido de perguntar, quando se dialoga acerca da saúde, sobre o que sonham as pessoas para o bem viver, para a saúde, e até mesmo para nós profissionais. Não estar atento para esses elementos é continuar preso à negatividade da doença para definir saúde e conhecer sua regularidade para controlá-la.

Aqui traçamos, mais uma vez, um paralelo com a Educação Física, que devido a sua história com a área médica, também tem se apropriado do conceito de saúde como ausência de doença de forma predominante. Ainda que existam

avanços, nossas práticas ficam presas às propostas que “promovem” a prevenção e o controle sobre as doenças e esquecemos de olhar para o que as pessoas sonham, que saúde elas estão querendo quando buscam pelas práticas da área. Mas a nossa preocupação com o *êxito técnico* tem ofuscado essa face da intervenção. Este é um aspecto a ser considerado quando vamos pensar em nossas ações.

Levando essas reflexões para a intervenção no CSE, podemos dizer que trabalhar nesta perspectiva exige esforço: primeiro, pela dificuldade que ainda temos de deslocar nosso olhar do conhecimento essencialmente técnico; depois, porque esse tipo de trabalho não traz receitas pré-determinadas, reações esperadas de causa-efeito, o que fez com que, por muitas vezes, nós nos questionássemos em que medida estaríamos conseguindo fazer com que as atividades desenvolvidas e a forma com que eram conduzidas em grupo, realmente estavam priorizando os sujeitos em nossas ações.

Por outro lado, essa perspectiva viabilizou uma vivência rica, na qual o tratamento mais humano, de aproximação entre as pessoas envolvidas, o contato e o modo como o grupo se fortaleceu, guiavam-nos na forma de tratar os conteúdos. O retorno voluntário, os comentários sobre a alegria de estar participando dos encontros, do que precisam para estar bem (que na maioria das vezes não se referia ao fazer atividade física, mas à possibilidade que existia ali de conversar, fazer amizades e conviver com outras pessoas) e o cuidado que demonstravam com o outro, indicavam-nos que poderíamos estar em um caminho no qual as ações estivessem contemplando o *sucesso prático*.

Estar atento aos sonhos, aos projetos de felicidade das pessoas, como proposto pelos autores referenciados, não pode soar como simples poesia. Requer ação. É claro que os profissionais têm formas particulares de atuar, mas isto não pode justificar o afastamento de uma atuação mais humana em nossas práticas profissionais. Como fazer? Aos poucos, fomos percebendo que era preciso colocar os sentidos para trabalhar: ouvir o que as pessoas querem nos dizer, e não apenas o que queremos ouvir delas; dar espaço para dizerem o que sentem, querem e fazem por si e pelas outras pessoas. A vivência que eles trazem e que constroem em grupo é algo que não ensinamos, que não está escrito nos livros, apenas aprendemos juntos.

Dessa forma, conseguimos aberturas para que eles se sentissem não somente parte fundamental do planejamento, da preparação, do desenvolvimento e da avaliação do trabalho, mas responsáveis por ele. A tentativa é que ele fosse construído junto com o grupo, como proposto por CAMPOS (2000), e que tivesse sentido diante de um projeto de vida.

Como saber se estamos conseguindo? Realmente não é fácil, afinal nos propomos a não medir/trabalhar com situações de causa-efeito, mas nas sutilezas, nos diálogos, é possível observar que não precisamos apenas render mais, mas fazer novas amizades, novos conhecimentos, dar novos sentidos para a vida. E se não há receitas prontas a serem seguidas, o principal guia é, nas palavras de AYRES. “fundir horizontes”. É nesse caminho que podemos encontrar a luz que nos aproxima dos sujeitos com os quais convivemos, no sentido de construir um trabalho significativo para ambos.

8 DISCUSSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

As discussões apresentadas tiveram como objetivo tratar dos motivos que inspiraram a realização deste projeto, assim como os recortes definidos para o mesmo, tanto para a intervenção no serviço, como para as bases metodológicas da pesquisa.

Quanto à revisão de literatura, em um primeiro momento, priorizamos os temas que nos mostraram como o fenômeno da atividade física tem sido apropriado nas ações de Saúde Pública, depois, do sistema de saúde brasileiro, de modo geral, e do serviço dos Centros de Saúde, de forma específica, para compreendermos e também contextualizarmos nossa proposta, uma vez que este não é um ambiente de intervenção “tradicional” do profissional da área.

Observamos que as referências na área da Educação Física, que tematizam a saúde, têm privilegiado o aspecto biológico. Assim, chamamos a atenção para a necessidade da área contemplar outras dimensões, a fim de permitir uma visão mais integral da saúde, e não de excluir ou menosprezar o que tem sido realizado. Também verificamos que há uma tendência em discutir a ampliação do

campo de atuação do profissional específico, além dos já tradicionais clubes e academias, e os centros de saúde são citados como uma possibilidade. No entanto, a escassez de referências na área, em particular quanto aos serviços públicos de saúde, demonstra a dificuldade de pensarmos caminhos alternativos para trabalharmos com a questão.

A revisão de literatura sobre o sistema de saúde brasileiro e os tipos de serviços de saúde nos ajudaram a compreender e pensar possibilidades no espaço, coerente com o tipo de intervenção que o educador físico pode oferecer. No caso, verificamos que os Centros de Saúde trabalham com a atenção básica à saúde, contemplam o aspecto educativo e o trabalho multiprofissional. Com a revisão, vimos como surgiram, quais eram suas propostas, e algumas discussões sobre as ações desenvolvidas nos Centros de Saúde; enfim, como o movimento da história vai determinando mudanças na conformação do sistema de saúde.

Depois, apresentamos o modo como o projeto de Educação Física para o CSE Samuel Pessoa foi proposto, assim como os resultados de um ano de experiência. Foi com base nela que fizemos as considerações a seguir.

Quanto à proposta desenvolvida, ressaltamos que ela tem um potencial para ser reproduzida, tanto pelos baixos custos apresentados, como pelos resultados que obtivemos com o grupo, uma vez que ela aconteceu com adesão e envolvimento das pessoas, e com o serviço no qual, a partir da proposta inicial, tomou outras direções, como a criação de uma atividade para os funcionários do CSE, e pelo interesse em dar continuidade ao atendimento.

Também podemos dizer que o relacionamento entre profissional e demanda, fundamentado na construção de responsabilidades entre ambos, foi importante para criar condições mútuas para aprender e ensinar, que enriquecem e ampliam a visão unicamente “profissional”, fazem com que as pessoas despertem um compromisso com o grupo e com as atividades, e nos orientam na hora de selecionar e tratar os conteúdos da área, com o intuito de torná-los mais significativos para o grupo. Este fato nos recorda OLIVEIRA (2001), que estudou a relação entre avós e netos, na qual os avós educam os netos mas, ao mesmo tempo são reeducados pelas crianças, ainda que de modo diferente. Segundo o autor, a partir do momento em que existe uma socialização, ela precisa ser vista de um modo que

não seja unívoco (dos avós para os netos, no nosso caso, do profissional para os alunos), mas com base em relações recíprocas, num movimento que a todo instante constrói ou redefine a feição dos sujeitos, física e simbolicamente.

Um passo importante nessa direção é trabalhar com valores humanos, partilhar valores e conhecimentos que fazem parte da história de cada um, possibilitando a construção de vínculos, que despertam, além do cuidar de si, o cuidar do outro, e os sentimentos por um conteúdo que tem sido reforçado apenas pelo seu “simples fazer”.

Com relação ao campo de intervenção, acreditamos que os espaços voltados para a saúde podem ser interessantes para a atuação do profissional de Educação Física, desde que respeitado entre os outros profissionais de saúde, do ponto de vista profissional e pessoal. É uma categoria formada com base em conteúdo específico e que junto com o médico, com o psicólogo, com o enfermeiro, com o educador, pode contribuir para a melhoria das condições de vida das pessoas.

No CSE Samuel Pessoa, em particular, houve respeito mútuo entre os profissionais, de modo que cada um se dispôs a aprender e trocar com o outro. Há uma hierarquia determinada pelas tarefas e responsabilidades de cada área, entretanto, em nenhum momento visando desqualificar, ou subestimar o conhecimento e a experiência do outro, mas com o sentido de poder apreendê-la.

Aqui chamamos a atenção para a questão do vínculo profissional com a instituição, que é um ponto complexo. O depoimento de uma profissional do serviço ilustra um pouco isso: “... quando a gente contratou a Bia, que era educadora, eu tive que explicar para USP porque uma educadora no serviço de saúde, e foi super difícil porque nem existiam os cargos e funções de educadora na atenção básica. Imagina que se a gente fosse contratar uma professora de Educação Física, seria mais complicado ainda para explicar, mas obviamente para mim quando você está na atenção primária, que você está trabalhando com prevenção, a Educação em geral, a Educação Física, a Psicologia, o Serviço Social, têm um papel mais importante até do que o profissional médico” (Natália). Isso mostra a dificuldade que temos quando vamos “mexer” com uma estrutura solidificada, com um modo de conceber a saúde, mesmo quando falamos de um espaço como os Centro de Saúde que, como vimos na revisão de literatura, têm um histórico com as ações educativas, de prevenção e

promoção da saúde, que trabalham com a atenção básica e que tentam ampliar os processos de intervenção, valorizando o trabalho multiprofissional.

Também as questões como o aumento da demanda, as dificuldades que os serviços têm de atender a todos que chegam às suas portas, fazem com que propostas que valorizam a prevenção e promoção da saúde sejam vistas como “importantes, necessárias, legais ...”, mas que ainda representam pouco diante do atendimento médico, do tratamento. Além do reconhecimento do profissional como importante, com um papel a desempenhar no serviço de saúde, as questões burocráticas que envolvem a contratação de novos profissionais nos serviços públicos é um fator complexo, mas que precisa ser estudado, se desejamos que esta intervenção se concretize, e não seja apenas mais um trabalho com dia para começar e terminar.

Com relação ao grupo, percebemos, pelos resultados dos cadastros, que foi significativo o número de pessoas que não tinham experiências com a atividade física, 27% do grupo; se considerarmos também as pessoas que disseram só ter contato com a caminhada que, apesar de ser uma atividade física, é uma atividade não estruturada, desvinculada de espaço e do profissional específico, a representação passa a ser de 50% do grupo. Estes dados se juntam com os resultados das observações que revelaram a carência de conhecimentos específicos da área e de orientações básicas relativas aos cuidados com o corpo. No entanto, estas mesmas pessoas se vêem no dia-a-dia, diante da TV, das revistas, do consultório médico, da necessidade de praticar atividades físicas para colocar o corpo em “forma”, melhorar a saúde, e prevenir doenças, mas que pouco encontram oportunidades reais que as aproximem de espaços de educação para sua prática, que considerem suas condições de vida que, muitas vezes, não possibilitam o acesso a clubes e academias de ginástica, a um profissional capacitado e, portanto, precisam de um outro olhar, que trate das questões relativas aos cuidados com o corpo além da proposta idealizada e mercadológica disseminada pela mídia.

As características do grupo relativas aos problemas de saúde se mostraram heterogêneas, com destaque para hipertensão, dores musculares e diabetes. Além desses problemas de caráter clínico, também observamos problemas de percepção subjetiva, como desânimo, isolamento social, cansaço. Estes dados

nos orientaram a pensar na preparação das atividades e nas discussões, já que, na maioria dos casos, a atividade física pôde contribuir com a melhora física, social, ou ainda mental dessas pessoas. Além dos cuidados profissionais exigidos diante de um grupo heterogêneo como este, as doenças representaram a pluralidade de dificuldades que a comunidade enfrenta no que se refere aos problemas de saúde que, neste caso, não foram tratadas como limitação, ou diferença diante do outro, mas como conhecimento, história, condição que, é claro, implicam cuidados, mas que foram partilhadas como uma forma das pessoas aprenderem com a experiência do outro.

Com base nessa vivência, do que se construiu junto: profissional, comunidade e serviço de saúde, arriscamos fazer algumas considerações sobre uma proposta de intervenção da Educação Física na atenção básica à saúde, dando indicativos de como ela poderia estar integrando as ações do serviço público de saúde, particularmente, nos Centros de Saúde.

Primeiramente, é preciso pensar nos três elementos envolvidos: Educação Física, Centro de Saúde e Comunidade – profissional, espaço, usuários. É preciso articular os três pontos de modo a considerar os objetivos de cada um, e não apenas levar para o serviço aquilo que a Educação Física comumente faz, já que estar em um Centro de Saúde ainda não é fato comum para área, por isso é preciso conhecer o serviço, o sistema de saúde de modo geral, para facilitar o reconhecimento do próprio profissional nesse campo, ajudando-o a direcionar melhor também suas ações. Da mesma forma que é preciso rever os conteúdos, práticas e saberes da área, de modo que eles se adequem, mas não se descaracterizem em função apenas dos interesses da instituição.

Vamos começar, então, pelo serviço. Nele, o profissional pode compor a equipe multiprofissional, portanto, ele não vai agir sozinho, desvinculado dos outros profissionais. O nosso atendimento é um complemento aos outros que figuram no serviço. "... É muito interessante a gente ter uma equipe multiprofissional na rede básica pública, porque eu acho que um dos grandes problemas (...) é quanto os serviços de saúde são centrados na figura do médico, e sempre que você conseguir (...) ampliar as possibilidades profissionais, não claro não qualquer uma, mas aquelas profissões que têm conexão com a saúde e com as possibilidades de prevenção, eu

acho que são bem vindas, no sentido de você ter outras atividades que não só a consulta médica, porque a gente sabe que, por exemplo, a prevenção de doença cardiovascular é uma coisa que envolve mudança de comportamento, envolve educação, envolve muitas possibilidades, só que quando você tem só o médico e a auxiliar de enfermagem, como é na maioria da rede, ou a enfermeira, você tem poucas opções concretas pra oferecer pras pessoas” (Natália).

E isso pode se estender para os diferentes setores. Em um primeiro momento se pensa apenas nas ações do profissional relacionadas às doenças crônico-degenerativas, mas ele pode ter um papel mais amplo. Por exemplo, na saúde da mulher, a Educação Física poderia estar presente nos cuidados com as gestantes, com um trabalho educativo, que envolvesse a orientação e a realização de atividades como fortalecimento, alongamento e relaxamento muscular. Atividade que acontece, por exemplo, no CSE Geraldo de Paula Souza, ministrada por uma enfermeira do serviço. No caso da saúde mental, uma entrevistada disse que os pacientes têm necessidade de “... se perceber mais nessa questão do corpo, até pra poder relacionar com as questões de auto-estima que, do ponto de vista da saúde mental, a gente olha muito pro corpo como uma relação que o indivíduo estabelece a partir de uma relação maior que é o contato que ele tem com ele mesmo” (Cecília).

Assim, para a saúde mental, as práticas da Educação Física têm um outro enfoque, diferente daquele dado pelos médicos do setor de adultos, mais voltado para as doenças como hipertensão e diabetes. Para este setor “... estar valorizando uma atividade física, mas que seja feita por um educador físico, claro que sensível a um conjunto de outras atividades, que é esse plano mais lúdico, que esse plano das relações, mas que está tudo promovendo o desenvolvimento do sujeito no seu aspecto de relação consigo mesmo, só que pela via do movimento, da espontaneidade” (Cecília). Este é um ponto relevante que precisa ser considerado quando pensamos a Educação Física nos diferentes setores, no sentido de adequar as vivências segundo as necessidades que apontam os diferentes grupos. Assim, a aproximação entre os profissionais do serviço é fundamental para pensar, desenvolver e também avaliar as ações.

Também é importante que a intervenção da Educação Física não se fixe apenas dentro do serviço. Isto é, ter um “... profissional que pudesse trabalhar no

serviço, mas também ter uma inter-relação com a escola, com o parque, com atividades comunitárias” (Cíntia). Também a Ana acha que “... seria bom ter o profissional (...) não só no centro de saúde, mas dentro do centro de saúde com uma projeção pra fora, pra comunidade”. Por exemplo, estar presente em ações que o grupo do Programa da Saúde da Família faz, planejar atividades que aproximem o profissional da comunidade, em especial dos centros mais carentes, fazer um intercâmbio maior entre as instituições da região que podem oferecer também algum tipo de atendimento, de modo que as pessoas tenham opções para continuar fazendo atividades, na tentativa de encontrar aquela que mais lhes agrade.

A Educação Física não poderia estar no serviço com as mesmas características de um atendimento oferecido em uma academia, por exemplo, como um espaço “do fazer”, com ênfase no rendimento, na estética. Oferecer a possibilidade da prática, de uma experiência efetiva, mas direcionada para o aspecto educativo, voltada para a consciência corporal, para a troca de saberes relacionados aos cuidados com o corpo e de que modo eles podem contribuir com a saúde, mas uma saúde que precisa ser entendida também do ponto de vista do grupo. Como relata Ana: “a Educação Física como uma coisa de Educação Física mesmo, não como uma coisa de futebol e distrair, como era na minha época, a gente fazia handebol, era só handebol, quer dizer nada de educação, voltada pra consciência do seu corpo, de como ele funciona, de como ele é ...”.

Considerar a iniciação, as práticas corporais variadas, o aspecto lúdico, compondo com as atividades mais tradicionais quando se fala em saúde, como a caminhada, na medida em que dão subsídios, principalmente para aqueles que não têm experiências anteriores com as práticas corporais, para conhecer o seu corpo e suas possibilidades de movimento, para interagir com o grupo, de modo que também ajudem a despertar o interesse por elas. Além disso, as atividades variadas são uma forma de contemplar as diferentes necessidades apresentadas pelo grupo.

Como vimos, os resultados mostraram que os problemas de saúde das pessoas são diversos, de acordo com o depoimento da Natália, na atenção básica, “em termos de patologias, você tem patologias relativamente simples, mas a complexidade dos problemas que se trata exige que você tenha profissionais diferentes para poder trabalhar com a população”.

Valorizar a questão da autonomia, tentar desenvolver as atividades de forma que as pessoas consigam desenvolver responsabilidades no grupo, no aprendizado que pode se conduzir além do momento que é vivido no serviço, também é um ponto a ser considerado pelo profissional no serviço. Nas palavras de CAMPOS (2000),

fortalecer o Sujeito para que ele se autorize e tenha capacidade de negociar e solidarizar-se com outros Sujeitos e Instituições, partindo do reconhecimento do outro também como Sujeito, ou seja, como Ser com desejos e interesses a serem considerados. (p. 137).

Outro ponto é não pensar no atendimento somente para as pessoas que têm patologias. Se o espaço dos Centros de Saúde pensa na prevenção e na promoção da saúde, é coerente que as ações se voltem também para aqueles que não têm uma doença, mas que têm interesse, vontade de estar participando e se aproximando das práticas corporais. Assim, o atendimento não se caracteriza como um tratamento, mas como um espaço de vivência sobre os cuidados com o corpo, que pode, para alguns, complementar os cuidados com patologias já existentes.

No grupo, como vimos, os problemas das pessoas foram diversos, alguns relacionados a aspectos clínicos, dores musculares, diabetes, hipertensão, e outros a aspectos emocionais e sociais, como desânimo, isolamento social, tristeza, que muitas vezes estavam associados. Dessa forma, privilegiar nas ações da Educação Física apenas um aspecto pode levar a um reducionismo da compreensão do fenômeno saúde, deixando também de atender diferentes necessidades expressas pelos usuários. Assim, se nos propomos a atender as necessidades das pessoas, é preciso pensar em uma intervenção da Educação Física que possa caminhar nos dois sentidos, da promoção da saúde, mas também da clínica.

A promoção pode estar na aprendizagem, na participação das pessoas nos encontros, nos desdobramentos do que aquilo que fazemos passa a ter em suas vidas, como favorecer a autonomia, auxiliar na qualidade de vida, na possibilidade de criar outras possibilidades para o cuidar de si, e dos outros; a clínica, na

conscientização do grupo, das possibilidades e limitações da prática de atividades físicas para diferentes casos, nos cuidados, como e quais atividades podem ser feitas, na possibilidade de vivenciá-las, como é o caso do relaxamento e do alongamento para quem tem dor muscular, de doenças ocupacionais, ou não, os exercícios aeróbios para quem tem hipertensão, diabetes, obesidade.

Com relação às individualidades, incluir na intervenção momentos para discussões, apresentação de temas, momentos para conversar, pode criar um espaço importante para as pessoas exporem suas individualidades e auxiliar o profissional a conhecê-las e lidar com elas. Também é possível trabalhar as individualidades em um momento particular, em que o profissional possa conversar com a pessoa isoladamente (um pouco do que aconteceu nos momentos em que preenchíamos os cadastros das pessoas que chegavam ao grupo, e ficávamos sabendo como foi o encaminhamento, se tinham problemas de saúde ou não, alguns contavam suas histórias e pediam orientações), no qual ele possa dar orientações específicas acerca da prática de atividades físicas relacionadas aos seus interesses.

No entanto, também é possível fazer com que um problema individual seja compartilhado. Isto pode significar aprendizado para alguns, prevenção para outros e pode tornar um cuidado pessoal mais significativo com o respaldo do grupo, como algumas vezes aconteceu em nossa experiência. Como o caso da Bene que, apesar de ter hipertensão, sua principal queixa era em relação à sua dificuldade de se relacionar com as pessoas, sua dificuldade de falar, sua timidez, um problema individual, mas que só pode ser 'cuidado' pelo acolhimento e pela vivência coletiva. De modo que a participação, aquilo que cada um faz e tem de singular também seja reforçado no grupo. Afinal, "como alguém se constituiria em Sujeito sem a produção de 'Obras' que materializassem sua humanidade? Como sobreviver sem (...) sentir-se útil e querido? Como desenvolver-se sem sair de si mesmo?" (CAMPOS, 2000, p. 53).

O que queremos dizer é que mesmo em grupo as individualidades podem ser trabalhadas nas discussões, nas preferências pelas atividades, no envolvimento de cada um, é possível considerá-las. É claro que não no mesmo sentido de oferecer uma atividade física, por exemplo, que esteja o tempo todo condizente com o condicionamento físico de cada um. Mas, por outro lado, o profissional pode dar

subsídios para que as pessoas consigam perceber seus limites, como progredirem seu condicionamento, segundo o seu interesse.

A comunidade, o grupo, expressa características singulares, que conduzem à formação e desenvolvimento das atividades; assim, nenhum saber técnico pode ficar intacto a essa interação: interesses, necessidades, participação, etc. Temas pertinentes à atividade física, à saúde e à própria relação atividade física e saúde, precisam ser pensados e discutidos junto com a comunidade, chamando a atenção para o cotidiano em que vive, para os valores que priorizam. Por exemplo, os valores da indústria cultural e os da beleza não foram reproduzidos no grupo, nossas observações mostraram que as preocupações estavam mais voltadas à saúde (estar feliz, ter uma boa alimentação, não precisar tomar remédios), e à convivência (construção de vínculos e de amizade), contrapondo os valores impostos pela estrutura.

Essa convivência com o grupo gerou também mudanças no profissional, que o tempo todo reuiu suas ações, entre o que o saber profissional mostrava como importante e o que o grupo mostrava ser para ele, levando às adaptações necessárias nas atividades, nas explicações, diante dos limites e das vontades de cada um. Isso fez com que o profissional também aprendesse a respeitar o que é do outro, até mesmo em relação ao modo de vestir. Por exemplo, tivemos um senhor no grupo que só se sentia à vontade se estivesse vestido de calça, camisa e sapato, além disso, esse vestuário também representava para esse senhor uma forma de respeito pelo atendimento. Depois de vários meses de participação no grupo, ele apareceu de tênis, mas sem abandonar seu estilo “mais social”. Exigir das pessoas o convencional calção, camiseta e tênis pode representar uma mudança brusca, gerar constrangimentos e até mesmo o afastamento da atividade. Dessa forma, pensar na Educação Física no serviço implica respeitar as pessoas, pensar na comunidade e interagir com ela.

Segundo SULLIVAN, KONE, SENTURIA, CHRISMAN, CISKE e KRIEGER (2001), a relação entre comunidade, saúde pública e os grupos de pesquisa médica é pobre, há uma distância entre pesquisadores e a comunidade pesquisada. A fim de compreender a experiência das pessoas envolvidas em projetos de pesquisa de base comunitária da cidade de Seattle, os autores realizaram um estudo que entrevistou

quarenta e uma pessoas. Os resultados mostraram que as pessoas se sentiam insatisfeitas com o foco das pesquisas, às vezes, marcadas pela falta de aproximação cultural, desequilíbrio de poder e pelas dificuldades de comunicação, que acabavam dificultando a participação das pessoas nos projetos. Os entrevistados também apontaram que esses problemas poderiam ser tratados se a comunidade fosse envolvida desde o início da formação das prioridades, do desenvolvimento e da implementação das pesquisas. Com base nesse estudo, os autores consideraram que uma colaboração significativa, entre comunidades e pesquisadores, é caracterizada pelo envolvimento precoce dos grupos, pelo poder compartilhado, pelo respeito mútuo, pela sensibilidade cultural e pelos benefícios para a comunidade.

CAMPOS (2000) também destaca a importância, no trabalho das equipes, de se pensar na possibilidade de interferência na produção de subjetividade, tanto na de si próprios quanto na dos outros, mediante um processo de trocas e de influências recíprocas entre o público e os trabalhadores de uma dada instituição. O poder pode ser entendido como “a capacidade de “Co-Produzir” necessidades sociais e de influir nos modos de atender a elas” (p.137), assim, tanto escutar e dialogar com o senso comum, quanto produzir atos para modificá-lo em função de temas éticos, estéticos, políticos ou técnicos.

Essas são algumas possibilidades de intervenção do profissional de Educação Física na atenção básica, aqui considerando que o profissional estaria efetivamente no serviço, em condições de se dedicar, de conviver com os outros profissionais e de dar continuidade aos trabalhos iniciados, assim como de estar propondo novas intervenções, com base nas experiências que são vividas, e na demanda que chega até o profissional, para criar outras possibilidades que um atendimento inicial possa ter.

A perspectiva de um trabalho coletivo, de orientação sobre a atividade física, da mistura entre o que o grupo faz e pensa sobre a vida e a experiência do projeto nos mostrou que é importante ouvirmos as pessoas com as quais trabalhamos, na hora de pensar na saúde, nos conteúdos, na forma de conduzir as atividades, de envolvê-las neste processo, já que nossas observações mostraram aspectos diferentes relacionados ao que pode ser singular para cada um no que se refere a uma melhor qualidade de vida, que ultrapassa a doença orgânica. O que não

significa relegar os aspectos clínicos, mas de destacar pontos que são observados com mais dificuldade, que no dia-a-dia ou são esquecidos, ou são tratados como menos importantes.

Concluindo, esta experiência com a comunidade atendida pelo CSE chama a atenção para a forma com que o educador físico tem desempenhado sua função como profissional de saúde, que nos faz refletir acerca das possibilidades efetivas que o trabalho coletivo e o conhecimento da comunidade têm representado quando a questão é atividade física e saúde. Rever os diferentes aspectos e espaços que compõem nossa intervenção, pela mediação com a comunidade, no significado que as pessoas atribuem à saúde, às nossas práticas e ao que elas desejam na vida, pode nos ajudar a dar um novo sentido para essa discussão.

Assim, o educador físico no serviço público de saúde pode significar: uma via entre pesquisa e intervenção, aproximando o que é pensado na Educação Física para a saúde e as possibilidades no campo de atuação, na sua integração com a comunidade; um envolvimento maior com outras profissões da saúde, que pode trazer novos elementos para se discutir saúde em nossa área, de forma específica, e na atenção básica, de maneira geral; a orientação e o atendimento de necessidades expressas pelos usuários que chegam aos Centros de Saúde; um espaço de intervenção que ainda precisa ser pensado e conquistado, para que este profissional possa, de forma mais efetiva, ser um “elemento” a mais na busca pela integralidade da saúde das pessoas.

Esse trabalho representou uma forma de pensar a Educação Física intervindo de maneira mais efetiva no campo da saúde, de aproximar a pesquisa da prática e de um campo de atuação com grande potencial para o profissional. Que essa experiência sirva de subsídio para iniciarmos, quem sabe, a construção, junto com outros profissionais de saúde, de um caminho que amplie as formas de atuar e de conceber a saúde na área da Educação Física e vice-versa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, A. M. **A atividade física como estratégia de prevenção de agravos à saúde:** considerações teóricas, metodológicas e de aplicação. 1998. Dissertação (Mestrado em Educação Física) - Escola de Educação Física e Esporte, Universidade de São Paulo, São Paulo.

AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n.1, p. 63-72, 2001.

BARRETO, M. L.; CARMO, E. I. Tendências recentes das doenças crônicas no Brasil. In: LESSA, I. (Org). **O adulto brasileiro e as doenças da modernidade:** epidemiologia das doenças crônicas não-transmissíveis. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1998. p. 15-28.

BETTI, M. Por uma teoria da prática. **Motus Corporis**, Rio de Janeiro, v. 3, n.2, p. 73-127, 1996.

BIOLOGISMO. DICIONÁRIO geral das ciências humanas. Lisboa: Edições 70, 1984.

BOUCHARD, C. Physical activity, fitness, and health: overview of the Consensus Symposium. In: QUINNEY, H. A.; GAUVIN, L.; WALL, A. E. T. (Orgs). **Toward active living.** Champaign: Human Kinetics, 1994. p. 7-14.

BRACHT, V. **Educação física & ciência:** cenas de um casamento (in) feliz. Ijuí: Ed. Unijuí, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O que é o Agita Brasil.** Disponível em: <http://www.saude.gov.br/sps/areastecnicas/promocao/agita%20brasil.htm>. Acesso em: 18 de abr. de 2003

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Saúde da Família**. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/psf/programa/index.asp>. Acesso em: 30 de jul. de 2002

BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto promoção da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária Nacional de Assistência à Saúde. **ABC do SUS: princípios e doutrinas**. Brasília: 1990.

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

CAMPOS, G. W. S. **A saúde pública e a defesa da vida**. São Paulo: Hucitec, 1991.

_____. **Reforma da reforma**. São Paulo: Hucitec, 1997.

_____. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec, 2000.

CANADÁ. **Physical activity in Canadá**. Disponível em: http://www.hc-sc.gc.ca/english/lifestyles/physical_activity. Acesso em: 01 de ag. de 2002.

CANDEIAS, N. M. F. Conceitos de educação e promoção da saúde: em mudanças individuais e mudanças organizacionais. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 209-13, 1997.

CARVALHO, Y. M. Atividade física e saúde: onde está e quem é o sujeito da relação? **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, Campinas, v. 22, n. 2, p. 9-21, 2001a.

_____. Educação física e filosofia. In: CARVALHO, Y. M.; RUBIO, K. (Orgs). **Educação física e ciências humanas**. São Paulo: Hucitec, 2001b. p. 89-101.

_____. **O “mito” da atividade física e saúde**. São Paulo: Hucitec, 1995.

_____. **O “mito” da atividade física e saúde**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2001c.

CECÍLIO, L. C. O. O desafio de qualificar o atendimento prestado pelos hospitais públicos. In: MERHY, E. E.; ONOKO, R. (Orgs). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec/Lugar Editorial, 1997. p. 293-319.

COHN, A.; NUNES, E.; JACOBI, P. R.; KARSCH, U. S. **A saúde como direito e como serviço**. 2 ed. São Paulo: Cortez, 1999.

CONSELHO FEDERAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA. **Intervenção do profissional de Educação Física**. s. l.: s. ed., 2002.

DESCARTES, R. Paixões da alma. In: OBRA escolhida. 2. ed. São Paulo: Difusão Européia do Livro, 1973.

FLORINDO, A. A. Educação física e promoção da saúde. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, São Paulo, v. 3, n. 1, p. 84-89, 1998.

GADAMER, H. G. Philosophy and practical medicine. In: THE ENIGMA of health: the art of healing in a scientific age. Stanford: Stanford University Press, 1996. p. 93-102.

GRAÇA, P.; VAZ DE ALMEIDA, M. D. Atitudes e comportamentos de adultos europeus face à atividade física. **Horizonte**, Lisboa, v. 15, n. 85, p. 9-16, 1998.

KROES, G.; GREEF, M. National initiatives for the promotion of physical activity for older persons in the Netherlands. **Journal of Aging and Physical Activity**, Champaign, v. 8, n. 4, p. 431-435, 2000.

LALANDE, A. **Vocabulário técnico e crítico da filosofia**. São Paulo: Martins Fontes, 1993.

MALINOWSKI, B. **Os argonautas do pacífico**. São Paulo: Abril, 1984. Coleção Os Pensadores.

MANIFESTO de São Paulo para a promoção da atividade física nas Américas. São Paulo, **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 1, n. 1, 2003

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec/Lugar Editorial, 1997. p. 71-112.

MERHY, E. E.; ONOCKO, R. **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec/Lugar Editorial, 1997.

MINAYO, M.C.S. (Org). **A saúde em estado de choque**. Rio de Janeiro: Espaço e Tempo, 1986.

_____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 2. ed. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1993.

MINAYO, M.C.S.; HARTZ, Z.M.A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000.

NOGUEIRA, R. P. Higiomania: a obsessão com a saúde na sociedade contemporânea. In: VASCONCELOS, E. M. **A saúde nas palavras e nos gestos**. São Paulo: Hucitec, 2001.

OLIVEIRA, P. S. **Vidas compartilhadas**: cultura e co-educação de gerações na vida cotidiana. São Paulo: Hucitec/Fapesp, 1999.

_____. Cultura solidária, feições lúdicas. In: _____. (Org.) **O lúdico na cultura solidária**. São Paulo: Hucitec, 2001.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Institucional**. Disponível em: <http://www.opas.org.br/opas.cfm>. Acesso em: 16 de jun. de 2002

PAIM, J.; ALMEIDA FILHO, N. **A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva**. Salvador: Casa da Qualidade, 2000.

PALMA, A. Atividade física e o processo saúde-doença e condições sócio-econômicas: uma revisão de literatura. **Revista Paulista de Educação Física**, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 23-29, 2000.

_____. Educação física, corpo e saúde: uma reflexão sobre outros modos de olhar. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, Campinas, v. 22, n. 2, p. 23-39, 2001.

PAULA SOUZA, G. H. **Centro de saúde**: eixo da organização sanitária. São Paulo: Imprensa Oficial do Estado, 1944. Boletim 59.

PELICIONI, M. C. F. As inter-relações entre a educação, saúde e meio ambiente. **Biológico**, São Paulo, v. 61, n. 2, p. 75-78, 1999.

PEREIRA, I. M. T. B.; PENTEADO, R. Z.; MARCELO, V. C. Promoção da saúde e educação em saúde: uma parceria saudável. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 39-43, 2000.

RELATÓRIO final da VIII Conferência Nacional de Saúde. In: MINAYO, C. S. (Org). **A saúde em estado de choque**. Rio de Janeiro: Espaço e Tempo, 1986.

RICE, M., CANDEIAS, N. M. F. Padrões mínimos da prática da educação em saúde: um projeto pioneiro. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 23, n.4, p. 347-53, 1989.

SHEPHARD, R. J. Physical activity, fitness, and health: the current consensus. **QUEST**, Champaign, v. 47, n. 3, p. 288-303, 1995.

SCHRAIBER, L. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. Necessidade de saúde e atenção primária. In: SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. **Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica**. São Paulo: Hucitec, 2000. p. 29-47.

SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. Apresentação. In: _____. **Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica**. São Paulo: Hucitec, 2000. p. 23-28.

SCHUTZ, A. **Fenomenologia e relações sociais**. Rio de Janeiro: Zahar, 1979.

SILVA JÚNIOR, A. G. **Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 1998.

SINGER, P.; CAMPOS, O.; OLIVEIRA, E. M. **Prevenir e curar: o controle social através dos serviços de saúde**. Rio de Janeiro: Forense/Universitária, 1988.

SOARES, C. L. **Educação física: raízes européias e Brasil**. Campinas: Autores Associados, 1994.

SULLIVAN, M.; KONE, A.; SENTURIA, K. D.; CHRISMAN, N. J.; CISKE, S. J.; KRIEGER, J. W. Researcher and researched-community perspectives: toward bridging the gap. **Health Education & Behavior**, Washington, v. 28, n. 2, p. 131-149, 2001.

TANI, G. Cinesiologia, educação física e esporte: ordem emanante do caos na estrutura acadêmica. **Motus Corporis**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, p. 9-50, 1996.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. **Centro de saúde escola Samuel Barnsley Pessoa**. Disponível em: <http://www.usp.br/servicos/cseb/cse/html>. Acesso em: 23 de ag. de 2001.

VASCONCELOS, E. M. **Educação popular nos serviços de saúde**. São Paulo: Hucitec, 1989.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Constitution of the World Health Organization**. Disponível em: <http://www.who.int/library/historical/acess/who/index.em.shtml#found>. Acesso em: 28 jun. de 2002.

1. A Comunidade

CONTE O QUE MOTIVA SUA VINDA ATÉ AQUI.

Carmem: “por exemplo, *eu venho aqui porque eu me sinto muito melhor*, me sinto bem, **quando eu fui ao médico ontem, ele falou pra mim que eu não precisava tomar remédio é porque eu estou vindo aqui, esse estímulo.** Quer dizer, foi bom pra minha cabeça, foi bom pra mim, porque eu, eu era preguiçosa mesmo, eu sou gorda porque eu sou preguiçosa. Minha irmã não, minha irmã não para, eu sou preguiçosa, então eu não quero faltar nenhuma terça-feira, assim porque é um estímulo pra mim. Então, eu gosto de vir aqui justamente por causa disso. Por exemplo, essas atividades que têm, eu jamais faria em casa, jamais, e nem pensaria em fazer uma atividade dessa que eu faço né. Por exemplo, jogar essa bola, você pode ter bola em casa, mas você nunca vai pensar em jogar, não é? Então foram essas atividades que me motivou pra mim vir aqui. Então, é isso que eu acho interessante pra mim. **E mesmo a minha pressão melhorou**, porque **quando eu vim pra cá eu tava com a pressão um pouquinho alta**, então eu pensei que eu ia ter um problema de pressão, e assim a minha pressão estabilizou, eu não tenho nada. Então, quer dizer, eu relaxei, foi bom pra mim e foi ótimo”.

Joana: “olha o motivo porque eu venho aqui é porque eu tenho pressão alta, *eu tava mesmo uma pessoa deprimida, não queria mais sair de casa, eu queria só ficar em casa e comer e dormir, assistir televisão, não tinha nem mais vontade de fazer o serviço, era desanimada.* Aí esse grupo nos animou bastante, me animou bastante, porque aqui a gente é tudo amigo, porque é muito gostoso, *quando a gente sai daqui, parece que a gente tirou um mês de férias, de tão gostoso que é, a gente chega relaxado em casa, com outro pique pra fazer o serviço, é outra pessoa, o nervoso passa,* **a minha pressão tá melhorando, as minhas dor que eu também tinha aqui nas costas melhorou muito** e a Fabiana foi mesmo um anjo que caiu do céu pra gente. E eu espero que esse grupo nunca termine, porque é tão bom, um grupo tão animado e bastante de gente mesmo e todas as pessoas são amigas, uma anima a outra, nós brincamos, jogamos bola, fazemos exercício, um monte de coisa que nos areja a cabeça, que é muito bom pra nossa saúde. Então aí o médico que me indicou pra mim vir aqui, mas eu não

arrependi disso e não vou deixar, têm vezes que não dá pra mim vir, eu fico tão chateada, porque eu faço tudo pra vir no grupo, não faltar nem um dia, porque é muito bom pra gente mesmo”.

Dona Vilma: “eu tinha sempre a pressão alta, sempre tava muito alta e tomando remédio pra baixar a pressão e a médica falava pra mim: precisa fazer ginástica, a senhora precisa fazer ginástica, e me deu umas folhas de papel uma porção de vezes. **Aí, depois eu vim pra cá, a minha pressão agora não sai de doze por oito, que até eles abaixaram o meu remédio, e... diabete, também já tava começando,** eu nunca tomei remédio de diabete até agora, mas ela falou que eu precisava caminhar, fazer exercício, fazer uma ginástica era muito bom, então eu comecei, por isso que eu vim aqui. Eu adorei, eu gostei porque, olha a gente gosta de todo mundo né, e é muito divertido, a gente conhece uns aos outros, vai sabendo o sistema das pessoas, faz uma amizade muito bonita né. E a minha professorinha é um amor, então, é isso né. *Eu estou me sentindo muito bem,* eu não venho duas vezes por semana por causa da condução né, mas essa terça-feira que eu venho pra mim olha, quando eu não venho eu acho uma falta tão grande, porque é muito bom. É bom porque a gente se descontraí, se diverte, esquece todas as coisas ruins pra trás né, e é muito bom”.

Elizabete: “*eu gosto de vir aqui porque eu me sinto bem feliz,* eu me sinto bastante feliz de vir aqui, gosto de você, uma pessoa jovem e também faz muito bem pra minha saúde. Ah, eu me sinto bem, gosto de jogar bola. Eu não pretendo parar de fazer ginástica porque eu acho que me faz muito bem, eu só falto quando eu não posso vir mesmo, mas eu sempre venho e pretendo sempre vir”.

Dona Maria: “*eu estou muito feliz em primeiro lugar e eu estou me sentindo muito bem,* tudo o que tá acontecendo na minha vida tá sendo maravilho, adorei conhecer você que tá me ensinando a dar mais valor a mim mesma, entendeu. **Porque eu achava que vivia em forma, mas vivia em outra forma, de outro jeito né, da minha pessoa.** *Então eu estou muito bem com isso, estou satisfeita* e parabéns pra você Fabiana, se tá me fazendo muito feliz. **Eu sou uma pessoa muito difícil de ficar doente né e tal, quando eu fiquei foi assim né, de repente né, aconteceu tudo e é isso que faz eu tá**

hoje aqui né, isso até que me incentivou muito, que às vezes a doença, às vezes acontece pra o bem da gente também né, às vezes a gente acha a doença e tal, mas se eu não ficasse doente eu não tinha vindo aqui né, então *pra mim foi bom porque me ajudou muito a me manter bem* né, pra mim tá ótimo”.

Bene: “eu faz cinco anos, seis anos, que estou fazendo tratamento aqui no posto e eu tenho, **eu sou hipertensa, aí passei várias vezes no médico tive vários problemas de pressão alta**, mas o médico falou do grupo aqui, aí **eu tava com muitas dor na perna, no braço, cansada**, aí eu comecei vir aqui, gostei muito de você e do grupo, das pessoas que a gente convive. Porque *eu tinha muita dificuldade, se vê eu sou uma pessoa tímida, eu não converso, então eu, no começo, eu não queria vir porque eu falei: eu vou ficar no meio desse povo todo aqui*, então, sabe, eu tenho uma série de dificuldade, às vezes, as pessoas falam: por que você não conversa? Eu não sei porque que eu sou assim, eu já tentei. Mas eu gosto muito do grupo das pessoas e me sinto muito bem, **quando eu às vezes eu chego em casa ou levanto de manhã eu estou sentindo alguma coisa eu já faço o alongamento** que nem você ensinou e eu aprendi e, então, eu tenho aprendido bastante com vocês aqui, com você, com o grupo e como também se comportar com as pessoas, porque eu era um tipo de pessoa que não gostava de ficar no meio assim, eu achava que era uma coisa chata, eu vou lá ficar no meio de velho, eu sou velha, ah... vou ficar em casa, mas é uma coisa que com a experiência de cada um a gente aprende, então eu estou aprendendo muito né, e o dia que eu não posso vir, que nem o dia que eu não vim, eu fiquei sentida, eu podia ter ido, mas é muito bom tá aqui com vocês, eu estou muito feliz de tá aqui e o dia que eu puder vir eu estou aqui se Deus quiser”.

Dona Clara: “*eu estou muito contente*, meu Deus, foi uma das melhores coisas que podia ter me acontecido, tá no meio das pessoas conversando, da minha idade né, mais ou menos da minha idade assim né, que eu tanto queria tá sempre junto com elas, se eu pudesse levava pra minha casa, pra conversar comigo né, eu também ir na casa delas pra conversar com elas, mas eu sei que nem sempre é possível né, já é querer demais né. **Mas eu estou muito contente mesmo e aprendi muito aqui e estou me sentindo otimamente bem** e se eu pudesse eu vinha pra cá todo dia né, se eu pudesse né, é que não dá

mesmo. Mas eu estou muito contente e feliz mesmo, viu. Agora você me desculpe que eu não sei falar direito. Um dia eu vim aqui e me deram um papel me convidando, eu disse: ai meu Deus. Cheguei em casa falei pra minha neta: ai que coisa boa, se eu soubesse tinha vindo antes. Eu estou feliz de tá vindo aqui, não estou brincando não. Então, eu também queria que tivesse alguma coisa, que eu sempre sonhei em fazer e que se ainda fosse possível né, é natação e dançar né, tenho vontade de dançar num baile, humm, mas ainda não tenho condições de estar freqüentando né, esperar mais um tempinho né, pra vê se dá tudo certo aí né, aproveitar agora né, que antes eu só trabalhava, estudar mesmo eu num ligava muito pa estudar né, não que eu não podia, eu não ligava não, queria logo trabalhar. Até hoje se eu pudesse ajudava as pessoas, ainda sinto aquele ânimo sabe, de ajudar as pessoas, às vezes eu falava assim: será que eu agüento aquilo né, fazer tudo isso? Mas ah, seilá, dá aquela vontade assim de lutar ainda, dá a impressão que eu sou jovem, e eu não sou jovem e então eu falo: não, eu não tenho mais idade pra isso. Sabe, mas a vontade não acabou não, e a esperança ainda que vai ter muitas coisas não acabou também não. Ai quanta coisa, será que agora eu vou conseguir pela minha idade, será que ela vai deixar? Que Deus me ajude né, pra mim ter saúde né e continuar com essa vontade imensa ainda como coisa que estou jovenzinha e pensando no futuro, sabe como é que é”.

D. Alice: “a é um pouco pra melhora da pressão, que controlou bem e eu estou me sentindo muito bem, estou adorando, gosto muito do pessoal daqui e gosto da professora também, e estou bem, e é uma coisa que a gente, eu faço força pra tá toda quinta-feira aqui com vocês”.

Glória: “a bastante motivação porque eu me dei muito bem com a ginástica porque eu tinha dor na perna, no joelho, aqui no braço e tinha esse negócio de pressão alta, eu também estou, foi a causa de vir mais, **então isso tudo fiquei boa e não estou sentindo mais aquela, aquelas dor no braço e nem no joelho**, e é ótimo fazer a ginástica e é bom pra saúde e eu espero que continua, pra num parar, porque senão a gente vai voltar a fica tudo entrevado de novo, tudo entrevado né. E então é ótimo mesmo a ginástica e eu gosto, uma que você incentiva muito a gente a fazer a

ginástica e outra que se demo bem né, todo mundo se deu bem na ginástica aqui né, e é pertinho de casa, não preciso ir muito longe e é bom fazer a ginástica, *estou me sentindo mais jovem depois da ginástica. Eu tenho mais disposição pra andar e pra trabalhar também, a gente fica mais com disposição, é muito bom*".

Terezinha: "é que o exercício melhorou muito pra mim e lembra que eu comentava com você que **eu tinha aquelas dor nas junta, não podia estralar os dedos, aquelas dores no pescoço, na perna isso aí melhorou muito pra mim**. Bom a **pressão ainda não tá normalizada**, mas é por causa do remédio, que nem os médico tão conseguindo né, e também um pouco é, deixar eu ver, a insônia, ainda continuo com insônia, mas também eu vou dormir de madrugada né, durmo até uma hora, duas horas, hoje mesmo eu acordei eram três horas, mas fui dormir oito horas da manhã. E *a gente quando vem aqui se sente mais relaxada, parece que está mais leve*".

2. Profissionais de Saúde

1. VOCÊ CONHECE O PROJETO DE EDUCAÇÃO FÍSICA QUE É DESENVOLVIDO AQUI NO CSE? SE A RESPOSTA FOR AFIRMATIVA, FAÇA OBSERVAÇÕES, COMENTÁRIOS OU CRÍTICAS. 2. O QUE VOCÊ ACHA DA POSSÍVEL PARTICIPAÇÃO DO PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA NO SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE?

Ana: Bom, eu sei, eu vejo acontecer aqui no anfiteatro, eu vejo o pessoal esperando ansioso, principalmente quando a gente tá na quinta-feira fazendo uma reunião, e você chega, eles ficam ali esperando ansiosos a atividade. Eu acho interessante, eu acho que eu tenho visto, percebido, nesse um ano, em um ano de atividade, que as pessoas que participam têm uma assiduidade, eles gostam, eu ouço as gargalhadas, né, eles ficam felizes, isso se constituiu num grupo, me aparece, no que eu observo, as pessoas, eu vejo que, me dá a impressão vendo o grupo que eles tiveram um ganho, de qualidade, assim, seja até na relação do grupo, seja até pessoalmente na postura deles é diferente e tal, porque têm pessoas de vários comprometimentos, tem o pessoal da saúde mental, crônico e tal, então dá pra perceber assim, pelo menos você olhando eles chegando, eles saindo, que nesse um ano eles tiveram um ganho. Eu acho que é interessante observar isso

bem de fora, né, bem de observador mesmo. Porque como o CSE é pequeno a gente nota, né, o que tá acontecendo, você pode até num parar, mas quando você se da conta você tá observando, né.

Bom, olha, *eu acho interessante, é um personagem que não tem, que muitas vezes quem faz o papel desse personagem, às vezes, é um educador ou o assistente social, que, então, aprendeu por conta própria ou até porque aprendeu porque faz um tai chi chuan, porque faz uma yoga, acaba fazendo esse trabalho, né.* **E até a gente tinha uma enfermeira antes de você, que ela fazia lian kung há muito tempo, e então ela resolveu fazer com os pacientes. Então ela fazia muita cedo, às sete horas, antes de toda a atividade, ela brigou um pouco aqui dentro pra fazer essa atividade, primeiro porque ela era uma enfermeira, e aí se você tá numa área médica, o médico, quer dizer você precisa de um profissional de educação física formado,** a universidade, então, é dá o título de professor e tal, quer dizer, você se capacita pra isso, você se responsabiliza. Agora a enfermeira, né, fazendo uma atividade física, mesmo que seja o lian kung, né, mas foi interessante, ela brigou porque ela tinha então conhecimento, porque ela já praticava há bastante tempo e introduziu isso nos pacientes e eles, assim, era um grupo grande também, que vinha e que gostava e foi uma pena quando ela foi embora e ninguém pôde continuar. Porque qualidade de vida ela embarca tudo, quer dizer, tudo tá envolvido nessa história de você ter melhoria vida. *A gente vive num mundo onde a gente vai perdendo as faculdades, né, físicas, mentais e não sei o que, quer dizer, a gente vai perdendo coisas ao invés de ganhar. A medida que a gente vai envelhecendo também a gente vai ficando mais obeso, mais sedentário, quer dizer, vai perdendo os movimentos e tudo isso agrava mais a coisa da saúde, né, do indivíduo. E eu acho que pensar na saúde, porque a gente é um centro de saúde, não pode ser um centro de doença, então a gente tem que pensar numa promoção à saúde mesmo e a Educação Física tá diretamente ligada, principalmente num mundo onde a gente vive.* Porque a gente faz de tudo, a gente precisa aprender a andar, a gente tem que reaprender a postura, tem um monte de coisa que a gente desaprende assim que se fica ereto, acabou de ficar ereto já começa desaprender coisas que a gente traz na memória genética da gente. Então, a gente não tem mais postura, a gente não tem nada, trabalha no serviço muitas vezes com cadeiras inadequadas, passam a vida

com um tipo de trabalho inadequado, a gente passa a vida desgastando o nosso corpo sem consciência dele, o quanto a gente tá fazendo ele sofrer, né, e isso projeta, né, na idade. Mas eu acho que isso tem que ser um aprendizado já desde cedo, tem que estar no centro de saúde, tem que estar na escola, **a Educação Física como uma coisa de Educação Física mesmo, não como uma coisa de futebol e distrair, como era na minha época, né, a gente fazia handebol, era só handebol, quer dizer nada de educação, né, voltada pra consciência do seu corpo, de como ele funciona, de como ele é, tudo desligado, biologia, né, e tal.** Eu acho que isso é um aprendizado importante, que é legal. *Então eu acho que os paciente ganham muito com esse profissional, principalmente porque tudo é crônico, a dor é crônica, hoje as pessoas sofrem de dores crônicas, que não passa e fica cada vez mais limitado, com medo de fazer esforço porque vai doer, muito distante do seu corpo, seu corpo parece um peso, né, você começa a se relacionar com o seu corpo como um peso, uma coisa que te incomoda, que você não tem a menor intimidade com ele, vai perdendo ao longo do tempo a intimidade com o seu corpo.* **Eu acho que seria muito bom, pra, porque não só no centro de saúde, mas dentro do centro de saúde com uma projeção pra fora, pra comunidade.** Porque falta centro de lazer, até a gente tem, a gente no Butantã é privilegiado, no sentido de que aqui, por exemplo, você sai com os pacientes pra caminhar no Instituto Butantã, tá, talvez se você fizesse em outro lugar não teria um lugar assim arborizado, né, que isso também, né, você tá num ambiente mais saudável, que não tem aquele sol danado na sua cabeça, você ouve o canto dos pássaros e tudo isso harmoniza. Mas eu acho importante porque a gente sempre tem a desculpa que não tem tempo pra gente, pra fazer exercício, eu acho que faz falta, eu acho que tanto a prefeitura quanto o estado pouco se preocupam com esse espaço de lazer, né, de atividade e a gente não vê muito pela cidade de São Paulo, o que é uma pena. Não sei se tem muito em outras cidades, mas eu falo mais da cidade de São Paulo porque eu conheço mais, né, eu moro aqui, vivo aqui. Então eu acho que não tem essa preocupação, com o espaço de caminhar, com o espaço onde as pessoas pudessem, enfim, desenvolver um pouco mais esse lado que não tem um incentivo mesmo.

Marli: “Conhecimento eu tenho, né, porque recentemente eu assumi também a chefia do setor de adulto e o Ricardo Teixeira passou as informações e as auxiliares encaminhavam os pacientes e, às vezes, quando eu chegava de manhã ou no fim da tarde, que tem de manhã e a tarde não é isso? Os pacientes perguntavam aonde que era, então, minimamente essas questões mais burocráticas de horário e da localização que vocês faziam eu sabia, se eu não me engano é desde a época do Rubens, também não é? Na época do Rubens também começou um trabalho com o trabalho da Educação Física, acho que intensificou mais agora. Então ter conhecimento eu tenho e a avaliação eu não sei te responder, porque é isso, é só tenho conhecimento, mas não tenho contato com as pessoas que fazem, que eu acredito que tenha sido mais encaminhado as pessoas do programa do PSA e da saúde do envelhecimento, né, e não da área da saúde da mulher e eu trabalho especificamente na saúde da mulher. Então, assim, a repercussão do trabalho para o paciente eu não sei te falar porque eu não acompanhei o retorno dos pacientes. A sensação que eu tenho é que tem valido a pena, porque eles vêm, até aquele dia que eu encontrei com você, que você foi na minha sala, uma paciente atrás de mim perguntando onde que era a aula de ginástica, que a aula já tinha voltado, ela ficou até esperando lá, porque você faz aqui no anfiteatro e o anfiteatro estava ocupado, então pela qualidade das perguntas e pelo entusiasmo que as pessoas me perguntaram hoje, que era a sensação de que eles estavam gostando mesmo do que estavam fazendo. Então é mais uma questão de sensação do que mesmo de pesquisa e de resposta mais pontual.”

“Olha, no serviço público de saúde, tá. Porque eu já trabalhei no serviço público como professor, que é de muita importância. No serviço público foi a primeira vez que eu vi, minto, primeira não, **teve uma vez que a gente tava fazendo um trabalho na sala de espera da pediatria e aí veio um pessoal da Educação Física da USP, DCE que vocês chamam aqui? Seilá, o pessoal que trabalha lá. E aí eles queriam que os calouros fizessem uma atividade diferente e aí a gente conversou e a sugestão foi que se trabalhasse na sala de espera com as crianças. Então, foi muito legal, porque, assim, eles tiveram a formação pelos colegas de graduação, que já tão lá há mais tempo, e eles fizeram um trabalho de reconstrução e teve também dinâmica com as crianças.** Muito legal, né, fizeram de bola, fizeram jogo,

então eles têm um pouco, essa, profissão, então eles já conseguiram articular melhor, ensinaram as mães a mexer com bexiga, então foi um trabalho muito legal, que eles conseguiram fazer articulação, trabalharam coordenação motora com as crianças, então foi interessante e a gente até pensou em dar continuidade e não deu, enfim. *A partir daí eu vi que realmente, é, tem uma importância porque ele trabalha a questão do corpo, né, mas dentro de um outro aspecto e aí a gente divide um pouco a questão da educação do corpo e a educação em saúde. O interessante é dentro de uma unidade básica, então eu acho que, é, quando eu vejo um professor de Educação Física dentro de uma unidade básica de saúde, a proposta diferente da Educação Física trabalhar com o corpo e não só a questão da malhação, do corpo belo, mas do corpo relacionado à saúde isso me deixa muito feliz, né, porque, mostra que outras áreas, e principalmente a área de Educação Física tá tendo uma preocupação com o corpo além da beleza física, e sim relacionando o corpo à questão da saúde, e trazer isso pra uma unidade de saúde acaba também intensificando, é, também para os profissionais da área da saúde de trabalhar outras questões do corpo. Tanto que uma das nossas propostas é trabalhar a questão da reeducação alimentar um pouco dentro desse aspecto, né, então eu acho que é muito válido por dar esse enfoque, né, que acaba intensificando mais a área da saúde. Eu acho que tá de parabéns por a Educação Física conseguir caminhar por esse outro lado também.*

João: “Conhecimento eu tenho meio que indiretamente. Eu trabalho com as compras do centro de saúde e em determinado período do ano passado me foi solicitado a compra de materiais que eram pouco comuns, alguns até me deu um pouco de dor de cabeça pra achar, e aí o Ricardo Teixeira, na época que foi quem encomendou os materiais, me explicou pra que que era e aí eu consegui comprar o que precisava e, a partir daí, eu tomei conhecimento do serviço, mas nunca utilizei, então eu não poderia dar uma opinião formada a respeito do trabalho, mas conheço a existência dele.”

“Olha, eu, na minha opinião, *eu acho que seria uma boa idéia, porque a gente tem tanto problema de saúde dos profissionais que trabalham no Estado em geral, e na maioria das vezes é por postura inadequada, o cara não sabe sentar, o cara não*

sabe pegar peso, o cara não sabe absolutamente nada, e se tivesse um profissional da área da Educação Física esses problemas poderiam ser resolvidos ou, se não resolvidos, ter pelo menos as conseqüências amenizadas. Aqui no centro de saúde é clássico, a gente tem conhecimento disso, a gente tem um monte de pessoas aqui que começaram a trabalhar no fichário e que estão afastadas por questão de doença de saúde profissional, por causa do trabalho, do movimento repetitivo, o próprio pessoal da limpeza têm uns dois que foram contratados pelo centro de saúde e que estão cheios de restrições também em função do trabalho. Eu não sei se o trabalho que é pesado ou se as pessoas que não sabem executar as tarefas adequadamente. Eu acho que nesse sentido um profissional de Educação Física capacitado poderia treinar as pessoas e amenizar um pouco essas conseqüências, acho que valeria a pena ter um profissional. Para os usuários **ele poderia estar orientando a população. Como tem grupo de gestante, de idoso, podia estar também orientando a população de como fazer algumas coisas**, né, porque a maioria das pessoas não sabem nem como pegar peso, então o cara pega o peso com a coluna, aí dois dias depois tá reclamando. Então eu acho que valeria a pena sim, criar grupos e orientar as pessoas e é mais um trabalho de prevenção, né, você previne a pessoa não vai ter problemas de coluna, né, tão cedo. Eu acho que valeria a pena.”

Lúcia: “é o conhecimento que eu tenho, Fabiana, e não sei se ele é um pouco superficial, né, mas o que eu sei é que você desenvolve um trabalho de atividade corporal, né, atividades mais, talvez, esportivas, né, com os idosos que a gente encaminha dos grupos de crônicos, né, crônicos e idosos. E que eles têm duas vezes por semana essa participação e que é muito interessante, porque a gente quando ta lá no setor tem uma grande satisfação de saber que tem pra onde canalizar, né, esse tipo de atividade, a gente tem pra onde mandar os idosos. E não tenho nenhuma crítica, assim, pra fazer. Eu acho que é legal, é importante da sua parte ta vindo fazer, também porque se não fosse pelo seu estudo não teria, não teria ninguém pra desenvolver isso, eu acho que sempre tem que estimular mesmo as pessoas a caminharem, a fazer exercícios, a se soltar, porque eu acho que isso com certeza influencia na melhoria da saúde, nas condições de saúde.”

“Eu acho maravilhoso, *maravilhoso porque estimula todo mundo, os próprios profissionais de saúde a se envolverem mais com essas atividades, a estarem estimulando os pacientes, porque vai.....quem esteja orientando, quem conhece mesmo, né, pra estar propondo exercícios porque a gente pode até saber uns exercícios, que tipo de exercício é legal, mas a gente não sabe propor o exercício, ensinar realmente como se faz, e não tem mesmo aquela rotina pra estar acompanhando os pacientes. Então eu acho que é muito interessante e tem que haver mais espaço mesmo pra isso, né.*”

Cecília: “eu conheço esse projeto muito a partir de vir aqui, quer dizer, da rotina que você conseguiu estabelecer aqui, né, especialmente às quintas-feiras, porque terça de manhã, no horário que acontece, eu não estou aqui ainda. Então o projeto é muito o seu trabalho, né, e as pessoas que foram, que eu conheço também, né, dos nossos pacientes em comum, vamos dizer assim, né, quer dizer as pessoas que a gente acabou conhecendo que freqüenta a saúde mental e que a gente acaba convidando e depois continuam aqui e dão algum retorno. Mas o projeto exatamente ..., eu conheço a prática do projeto, a concretização do projeto, né, através, então, de terceiros. Em nenhuma instância a gente chegou a examinar pra saber mais detalhes e tal, né.”

“Eu achei que a iniciativa do Rubens, de ter fomentado tudo isso, a partir dessa professora, né, que você comentou, a Yara, né? *Eu achei bastante interessante, até porque na atenção primária trabalha muito com essa visão da saúde tentando amplificar ao máximo os aspectos intervenientes no processo de saúde.* Então, foi uma coisa muito interessante, né, a gente nunca tinha tido essa experiência aqui no centro de saúde, eu achei muito legal, né, e achei também que os pacientes ficaram muito agradavelmente surpresos, né, porque muitas vezes, dependendo do paciente, do problema que ele tem ou da faixa etária, né, ele não conseguiu visualizar com muita familiaridade o fato dele ter uma experiência com o corpo, né, pensando em qualquer desdobramento que isso possa ter, desde um condicionamento físico até uma consciência corporal, tantas outras modalidades, né, e o fato então de ter isto aqui, né, numa certa direção, que é o que vocês deram o tom. uma certa tônica, pro trabalho, né, que me pareceu, apesar de nunca ter lido nada a respeito e nunca ter sentado e conversado com você, mas me pareceu que vocês

trabalham incluindo aspectos lúdicos, facilitando a convivência do grupo, dando espaço também pra um desempenho do corpo e ao mesmo tempo tentando sempre trabalhar em grupo, mas também dando um espaço para o indivíduo, né, pra ele ter alguma possibilidade de se perceber fazendo, lidando com o próprio corpo. Então, eu acabei tendo uma idéia sobre o trabalho que você faz através dos pacientes, mais ou menos nessa linha. E eu achei muito legal, eu achei que isso casou bastante com as necessidades que a gente percebe nos pacientes, né. Agora a avaliação mesmo disso quem vai poder fazer vai ser você, né. É mais uma impressão, né, de que houve uma aproximação bastante boa da necessidade que os pacientes têm de se perceber mais nessa questão do corpo, até pra poder relacionar com as questões de auto estima que, do ponto de vista da saúde mental, a gente olha muito pro corpo como uma relação que o indivíduo estabelece a partir de uma relação maior que é o contato que ele tem com ele mesmo. Então, *do ponto de vista da saúde mental, a gente acha muito interessante trabalhar com o corpo, principalmente deslocando isso pra um espaço mais específico mesmo e ao mesmo tempo próximo, porque facilita então o acesso, vários pacientes se essa atividade não tivesse sido feita aqui, você deve ter percebido pela clientela que você conviveu, né, que você tá convivendo, que eles não teriam se encorajado até de ir, né, devido a um grau de afastamento desse plano de necessidade que se expressa no corpo.* Esse é um assunto interessante porque, do ponto de vista da saúde mental, a base do psiquismo ela se instaura a partir de uma vivência corporal, né, Freud já disse isso há muito tempo, mas isso é um postulado absolutamente atual, a base do psiquismo ela se dá através de experiências que o ser humano tem, através do cuidado, a partir das relações de cuidado que ele vai recebendo, né, e ele vai interagindo com essas relações, e é assim que o psiquismo se constrói. Quer dizer, isso é uma coisa muito básica, muito inicial. Então, *do ponto de vista da saúde mental, eu acho interessante valorizar uma experiência nessa, nesse plano do corpo, da experiência de consciência corporal, de condicionamento físico aeróbio, etc, etc, etc, que tem um mundo aí de possibilidades,* né, mas, **do ponto de vista da saúde mental, eu acho também muito interessante poder trabalhar com as questões da mente tentando ajudar o sujeito a fazer essa discriminação.** Então a gente desenvolve uma prática em saúde mental muito pautada nesse pressuposto, então nós não temos nenhuma experiência conjunta do trabalho mental com o trabalho corporal, embora existam linhas, né,

alternativas, mais ou menos alternativas, relacionando isso e trabalhando duplamente com essas duas instâncias. *Eu penso que do ponto de vista de uma atenção primária em saúde mental, num serviço com essas características, em função das necessidades dessa população que a gente conhece já a partir de uma experiência longa, a saúde mental aqui existe há trinta anos, né, então dá pra dizer isso, então que é muito interessante você tentar junto fazer um trabalho, quer dizer fazer um conjunto de trabalhos em saúde mental que possa estar sempre ajudando o sujeito a fazer essa distinção entre as questões da mente e as questões que não são da mente, que são da vida, que são da família, né, porque, normalmente, é muito... como as questões da saúde mental elas são profundamente multifatoriais e nós temos uma tendência a valorizar muito os eventos sociais, as questões da vida, e isso também é muito importante, mas do ponto de vista do trabalho específico de saúde mental é muito importante que você tenha instrumentos que facilitem para o sujeito essa discriminação, né, que afinal de contas se há um sofrimento psíquico você precisa de alguma forma ter uma metodologia pra apreender isso, né, e poder, então, tá favorecendo isso do indivíduo ter mais consciência de como ele funciona, como ele sente as coisas, como ele pensa, né. Mas isso eu já estou fugindo, quer dizer, to e não to, porque isso está ligado a um ponto de vista de **estar valorizando uma atividade física mas que seja feita por um educador físico, claro que sensível a um conjunto de outras atividades, né, que é esse plano mais lúdico, que esse plano das relações, mas que está tudo promovendo o desenvolvimento do sujeito no seu aspecto de relação consigo mesmo, só que pela via do movimento, da espontaneidade. Não é que eu estou querendo separar as coisas, tá, ao contrário, eu acho que essas coisas elas estão tão profundamente imbricadas que nós que somos profissionais temos que tentar usar conceitos, teorias, métodos, pra tentar lidar com tudo isso com mais clareza, até pode medir melhor o que a gente ta fazendo e onde a gente ta querendo chegar. Mas eu acho que eu estou absolutamente gastando a fita.***

Cristina: “Quando a gente passou pelo treinamento aqui, nos foi falado sobre esse projeto voltado para o pessoal da terceira idade e que acontece no anfiteatro e que as pessoas gostavam muito, que os idosos gostavam e que tinham poucos faltosos, mas eu nunca participei, nem como, assim, ouvinte pra perceber eu acredito que deve ser

muito bom, a cara deles quando saem da aula... eles ficam super relaxados, super gostosos assim, porque os velhinhos, assim, são dois paradoxos, os velhinhos e as crianças que se aproximam muito, são muito sinceros, muito honestos no que fazem, como eu sempre falo. Eu acho que pra eles têm sido super válido, mas eu assim, como eu te falo, eu conheço porque me foi apresentado verbalmente, o que tava no papel, que isso acontece, acho que eu não tenho condições de falar um pouco mais porque eu nunca participei, eu sei que existe e tal, principalmente pra quem tá na saúde do adulto, a gente oferece esse grupo para as pessoas, principalmente pra terceira idade, que está aberto, que pode participar e geralmente quando se oferece eles aceitam numa boa, sabe, gostam, ficam super motivados, querendo saber. Mas eu nunca participei, eu acho até uma pena, todo profissional tinha que participar, até pra falar com um pouco mais de segurança pro usuário.”

“Importantíssimo, fundamental, não só por ele compor a equipe multiprofissional, mas pra que ele evite determinados acidentes, principalmente voltados para as doenças ocupacionais que mais nós temos aqui, principalmente aqui no CSE, né, nós temos muitos afastamentos por tendinite, LER, né, e têm pessoas aqui com trabalho muito repetitivo e acho que entraria como um ponto principal de prevenção, fora que, acho que isso aí dá uma motivação pras pessoas. Eu trabalhei numa empresa, na Embrapa, que antes da gente começar a atividade de trabalho, nós tínhamos todo dia meia hora de alongamentos, de exercícios, tinha dia que a professora de Educação Física ela trazia músicas, né, e a gente compartilhava, nós cantávamos, fazíamos um pouco de teatro, isso relaxava bastante, as pessoas se sentiam muito motivadas, inclusive aquelas pessoas que não tinham tanta proximidade com o outro começaram a ter, melhorou as relações, acho que melhora tudo, não só o físico, como o mental. Então, eu acho assim, que ele é fundamental pra compor o trabalho no serviço, não só no serviço público, eu acho que em qualquer serviço.”

Paula: “como eu sou do setor de vacina e vigilância, a gente fica meio distante desse projeto aqui efetivo no centro de saúde. Mas, como eu passei por observação lá na clínica do setor de adulto, então a gente teve um pouco de contato com o projeto que é feito aqui no centro de saúde, mais especificamente com os idosos, que é feito atualmente, eu sabia dessa parte, assim, que teve um interesse da direção, do grupo

GTA não só pro público externo, mas para os próprios funcionários, acho que é só isso.”

“Eu acho ótimo, *acho que é um complemento pra todo o nosso serviço, sendo que o profissional de Educação Física estaria atuando com a população, a promoção da saúde também tá dentro mais do exercício físico, da educação pra isso, né. Então entraria dentro da saúde do adulto, da saúde da criança, da saúde da mulher. Então, eu acho que seria um complemento pra todos os setores daqui de dentro.* Eu acho que seria importante.”

Cíntia: “conheço acho que de um ser jeito, né, eu não conheço seu projeto pessoal. Me lembro que eu participei do processo de aproximação nossa, do serviço, com a Educação Física e alguns professores e os profissionais, né. Uma coisa que eu acho que é legal é que a gente tinha pensado que a atividade física faz parte dos cuidados gerais de saúde pra adultos, né, no caso vocês trabalham com adultos e que era, então, uma frente interessante de trabalho geral, né, pra qualquer tipo de adulto que tivesse interesse, e que pros adultos que têm, então, algum tipo de sintoma ou de risco, né, esses teriam além da vontade de fazer atividade física orientada, um benefício imediato, assim direto, pra algumas coisas como dores articulares, risco cardiovascular, peso, etc, né. Quer dizer, era uma intenção nossa que tivesse a atividade. Então, encaminhei diversas pessoas, a gente tem feito uma campanha ativa de colocar o grupo de práticas corporais como uma das atividades do serviço, né, e poder falar pras pessoas, dar o papelzinho de orientação pras pessoas de como participar e de depois saber como tá sendo, né. Então é legal também saber quem a gente encaminhou se veio, porque não veio, como está sendo pra quem veio. E uma coisa que é legal é que é uma atividade que não é só pros pacientes que têm patologias, riscos, etc, né, quer dizer, pras pessoas que tem interesse. É lógico que quem tem patologia e risco, às vezes, se mobiliza mais, etc. Podendo ser aberta é uma atividade interessante. Acho que é legal a articulação entre a Escola de Educação Física e a Faculdade de Medicina e o CSE, porque as integrações institucionais são sempre muito importantes e produtivas, interessantes, né, Então, em relação ao projeto, uma das preocupações, isso é uma coisa que a gente ia depois conversar com você e com a Yara, né, que foi o contato, né, era que a gente tinha o cuidado, porque a gente teve

então, o processo de conversar com ela, depois teve a participação dos alunos, que a gente achou que era uma atividade interessante, é lógico que você é mais profissional do que os alunos, mas do ponto de vista do serviço ser uma escola, os alunos são super importantes, porque a gente vê a perspectiva de uma volta, etc, né. **Então, é legal a gente trabalhar com alunos e com pessoas como você que estão já na pós-graduação, né, e de ser uma coisa contínua, então isso também é uma coisa que a gente se preocupa, né, porque você tá numa fase de fim aí de uma etapa e o que é que vai acontecer depois, né, alguma coisa que não só pelo interesse próprio, de você ou do professor em uma certa etapa, né. Então, tem que ser contínuo. Então, uma coisa que eu acho que a gente fez pouco com você, mas que talvez fosse uma coisa interessante, a gente também instrumentalizar mais o conjunto dos profissionais do serviço sobre a história da atividade física.** Então, é uma coisa que a gente tem também às vezes com outros profissionais especializados, quer dizer a gente tem uma educadora e vai ter uma assistente social, a idéia é que a gente, quer dizer, esse profissional um pouco ele tem que fazer a assistência direta e deve então, fazer o grupo de atividades, alguma coisa mais que ele faça, conversar individualmente o assistente social com alguma pessoa, etc, né, mas um pouco ele também é um profissional de referência no conjunto da equipe, então, é uma pessoa que vale a pena a gente poder discutir no conjunto da equipe. Como eu te falei lá que a gente discutiu a psicologia pra todo mundo, sessenta pessoas lá no auditório e a gente pode botar o tema da prática corporal, então, pra todo mundo discutir e é uma coisa mais legal do que a gente só ter o grupo funcionando, é uma linha interessante de trabalho. E a outra são as outras atividades físicas que têm na área do Butantã. Também, porque a gente tem dez mil pessoas que vêm ao Centro de Saúde, se todo mundo resolvesse fazer atividade física, ou sei lá, um número X que você tem, quantas pessoas dez, vinte? Então se por exemplo você tivesse cem seria um problema pra você, o que você ia fazer com cem pessoas, ou duzentas alguma coisa assim, né. **Então a gente pensar em atividades que pudessem ter a participação então da Escola de Educação Física e dos profissionais, alunos e pós-graduando, e que pudesse também se articular com outras atividades físicas que a gente sabe que existem, outros espaços pra atividade física, é uma coisa legal, né.** Então, a gente poder encaminhar pras atividades do Parque da Previdência, ou aqui o Centro Esportivo do Butantã, saber como funciona, se

articular, pra não ser uma coisa de uma atividade mais centralizada dentro do serviço, porque também a gente trazer tudo pra dentro do serviço, dá certo quando a gente trabalha com uma população, né, quando a gente trabalha só com os indivíduos, então, a Dona Tal vem fazer atividade, agora pro conjunto do Butantã a gente precisa ter articulações que é interessante também. a gente fazer, e às vezes, e contato, então, se a gente tem uma pessoa como você que faz uma atividade vinculada ao serviço, e a gente for discutir alguma coisa no Parque da Previdência, saber como é que faz, a gente apresentar as atividades que são feitas no Parque da Previdência, ou fazer alguma coisa em conjunto, né, então é uma coisa legal da gente também se integrar, né. Mas a atividade física orientada como parte dos cuidados gerais de saúde é super legal, interessante. E uma coisa interessante nos últimos congressos de Saúde Coletiva, eu não sei se você teve notícias, é, então o número de trabalhos de atividade física, me lembro dos dois últimos, antes ou eu não reparava, eu acho também que talvez eu não tivesse reparando, isso não era uma questão pra nós, mas nos últimos então quatro anos, eu acho que aumentou muito o número de trabalhos, etc, que faz parte da história, então, da inserção das práticas de Educação Física na saúde, eu acho que é uma experiência legal.”

“Então, eu não sei, *eu tenho trabalhado muito mais com a idéia das atividades intersetoriais, eu acho que ter um profissional que pudesse só trabalhar no serviço isso eu acho que não é uma boa idéia, né, eu acho que, por exemplo, ter uma profissional que pudesse trabalhar no serviço, mas também ter uma inter-relação com a escola, com o Parque, com atividades comunitárias.* Então, que a pessoa pudesse ter não só, por exemplo, ele fazer sozinho a atividade, essa é uma das coisas que provavelmente nós vamos conversar com você e com a Yara, ainda estão construindo a idéia de talvez fazer uma atividade física ou atividades em grupo, né, envolvendo adultos e idosos, não aqui, porque aqui é longe mais ou menos, eles têm que vir de lá até aqui, se pudesse fazer lá, ou dentro da USP, lá no parque perto do Instituto de Física, era uma coisa legal, né. Então, eu acho que a gente ter um profissional dentro do serviço acho que não é, era legal, mas não suficiente, precisava ser alguém que fosse uma pessoa de fronteiras, né, um profissional nosso que trabalhasse em fronteira com outros locais onde a prática de atividade física pudesse se desenvolver ou profissional de outro lugar. Por exemplo, o Parque da

Previdência tem lá os seus profissionais, que eles pudessem então tá trabalhando junto com os outros serviços envolvidos nessa região, né. Então, a idéia do profissional tá dentro da área da saúde ou de qualidade de vida, pra gente não ficar só na saúde senso stricto, vinculado a um serviço público e nessa intersecção eu acho que é muito legal, né, que é mais ou menos o papel que a Bia faz, ela é nossa educadora, mas ela também é uma fronteira nossa com o mundo e do mundo com a gente, né, então, outros profissionais que a gente possa trabalhar desse jeito eu acho que é interessante. *Agora, a pessoa precisa ter um vínculo profissional, talvez pudesse ser ou o serviço de saúde ou com o parque público da região ou com a escola, mas também a pessoa não ficar só dentro do seu espacinho, né. A escola também a gente sabe que tem o professor de Educação Física, mas que fica muito restrito porque ele tem que dar um monte de aula, é tudo lá que ele dá aula, então não se tem como, tem mesmo é o espaço físico, sei que a quadra aqui do Alberto Torres estaria aberta de vez em quando pra algumas reuniões, alguma coisa, assim. Eu sei que, por exemplo, quando a gente vai ter reuniões e que são muito grandes aqui, uma das idéias, a gente não fez de verdade porque a gente deu outra solução, mas era usar o Alberto Torres, porque é bom haver disponibilidade de uso mais racional de todos os espaços, né, seilá, se eles precisassem de um espaço que a gente tivesse disponibilidade também cabia a gente ceder, pra não ficar cada um no seu pedacinho. Então essa história da articulação dos espaços e dos profissionais não muito fechados dentro das instituições eu acho que é uma coisa interessante, produtiva, necessária. E acho que a Educação Física desse jeito, quer dizer não só o professor fazer o grupo pessoalmente, você fazer o grupo pessoalmente, mas você também, o profissional poder então divulgar algumas das coisas que você sabe pras outras pessoas, pras pessoas tanto usarem pra si, né, que é o que a gente vai meio fazer com o grupo de funcionários, né, que você vai estar coordenando, né, mas também que a gente possa ensinar pras pessoas e encaminhar pros lugares que têm atividades, né, então é divulgar o conhecimento também acho que é legal, né.”*

Natália: “Eu conheço, eu conheço o projeto por ter sido passado por mim, pela gerência como projeto, e conheço também como médica que assiste, né, e que entrega os convites pras pessoas e que lamenta também não poder participar das

atividades como usuária. O meu comentário é positivo, porque eu, desde o início quando vi os convites, e eu achei muito positivo no contato com os pacientes, porque daí você tinha a possibilidade de oferecer uma coisa mais concreta porque a gente sempre fala do exercício físico porque a gente trabalha muito com obesos, hipertensos e a gente sabe que é um fator de risco o sedentarismo, e a gente gostaria que eles caminhassem, mas eles falam 'é difícil, porque a rua é violenta, tem muito buraco, não tem onde fazer esporte, a USP fechou pra São Remo, então as pessoas tinham muitas dificuldades, é caro, né, os lugares são pagos. Então quando eu podia oferecer pras pessoas que tinha aqui, parecia que a minha orientação ficava mais forte e muitas pessoas topavam, né, e ficavam muito satisfeitas de saber que poderiam vir aqui. Eu acho que como atividade assistencial foi um enriquecimento grande pra gente e facilita o nosso trabalho."

"Eu acho que a gente tem que ter uma equipe, eu acho que é muito interessante a gente ter uma equipe multiprofissional na rede básica pública, porque eu acho que um dos grandes problemas, que é super estudado e tal, é quanto os serviços de saúde são centrados na figura do médico, e sempre que você conseguir acho ampliar as possibilidades profissionais, não claro não qualquer uma, mas aquelas profissões que têm conexão com a saúde e com as possibilidades de prevenção eu acho que são bem vindas no sentido de você ter outras atividades que não só a consulta médica, né, porque a gente sabe que, por exemplo, a prevenção de doença cardiovascular é uma coisa que envolve mudança de comportamento, envolve educação, envolve muitas possibilidades, só que quando você tem só o médico e a auxiliar de enfermagem, como é na maioria da rede, ou a enfermeira, você tem poucas opções concretas pra oferecer pras pessoas. E eu acho que o contato com outros profissionais ajuda também os médicos a ampliar a visão de saúde que eles têm e abrir um pouco a mão da onipotência, né. Então, eu acho interessante você poder, é, quando a gente contratou a Bia que era educadora, eu tive que explicar pra USP porque uma educadora no serviço de saúde, e foi super difícil porque nem existia os cargos e funções de educadora na atenção básica, imagina que se a gente fosse contratar uma professora de Educação Física seria mais complicado ainda pra explicar, né, mas obviamente pra mim quando você tá na atenção primária, que você tá trabalhando com prevenção, a Educação em geral, a Educação Física, a Psicologia, o Serviço Social, têm um papel mais importante até do que o profissional

médico. Em termos de patologias, você tem patologias relativamente simples, mas a complexidade dos problemas que se trata exige que você tenha profissionais diferentes pra poder trabalhar com a população. Então eu acho uma idéia feliz poder ter a Educação física colaborando na atenção básica porque é um campo de trabalho pra Educação Física e é uma necessidade pra saúde das pessoas e pras unidades. Eu queria parabenizar mesmo a sua iniciativa, porque pra gente, de verdade, não por causa da pesquisa nem nada, é uma alternativa concreta, concretiza a tua orientação, se fala 'olha seria bom fazer Educação Física', daí a pessoa fala 'mas não pode... fazer o exercício', mas aí você fala, mas aqui tem, aí a pessoa também já se anima mais, e eu acho que você me viu algumas vezes perguntando 'e aí como é que vai, o pessoal tá aderindo?', porque me interessou muito saber se as pessoas estariam aderindo, depois teve também a questão dos funcionários quererem também uma atividade pra eles, pra combater as doenças profissionais, e eu vi que você também tá disponibilizando, eu acho super legal e também lamento por não poder participar porque eu vivo correndo. E eu acho que é uma coisa muito saudável do serviço que pensa a saúde, trabalha a saúde, com prevenção e saúde poder oferecer, assim como seria interessante ter uma profissional da nutrição, né, pra poder trabalhar as coisas de dieta e inclusive poder..., acha, a gente brinca que a gente quer fazer uma oficina culinária, de poder inclusive cozinhar aqui pra poder concretizar também as orientações de dieta. Eu acho que isso avança no sentido da prevenção, da possibilidade de dar coisas concretas pras pessoas mudarem, porque não é fácil mudar hábito, né, e incorporar esses hábitos mais saudáveis na vida, então se a gente puder concretizar isso eu acho bem legal e afasta daquela coisa de só fazer consulta pegar exame e tal. Espero que de certo e que essa idéia pegue."

Práticas Corporais e Comunidade

Você está convidado(a) a participar do GRUPO DE ATIVIDADE FÍSICA PARA ADULTOS, oferecido pelo CENTRO DE SAÚDE ESCOLA DO BUTANTÃ (Prof. Samuel B. Pessoa), sob a orientação de alunos e professores da Escola de Educação Física da USP.

Com o objetivo mais geral de ampliar os nossos cuidados com o corpo, esse grupo oferece orientação para caminhada, alongamento, relaxamento, dança, ginástica, expressão corporal, brincadeiras e jogos.

HORÁRIOS: TERÇA-FEIRA, ÀS 8 HORAS

OU

QUINTA-FEIRA, ÀS 16:30 HORAS

(EXCETO NOS DIAS FERIADOS; ESTA ATIVIDADE SÓ OCORRE NOS DIAS DE FUNCIONAMENTO NORMAL DO SERVIÇO)

RECOMENDA-SE:

- O USO DE UMA ROUPA CONFORTÁVEL (preferencialmente de algodão) E CALÇADO FECHADO (preferencialmente tênis)
- ALIMENTAR-SE E BEBER BASTANTE ÁGUA. VOCÊ NÃO DEVE PRATICAR EXERCÍCIOS FÍSICOS EM JEJUM (dê preferência a alimentos como café com leite, pão com manteiga, frutas etc.)
- SE VOCÊ FAZ USO REGULAR DE ALGUMA MEDICAÇÃO (por exemplo, para hipertensão ou diabetes), NÃO DEIXE DE TOMÁ-LA NORMALMENTE, COMO FAZ TODOS OS DIAS. SE VOCÊ ESTIVER USANDO ALGUMA MEDICAÇÃO ESPECIAL OU TIVER ALGUMA OUTRA DÚVIDA, FALE ANTES COM OS PROFISSIONAIS DO SETOR DE ADULTOS DO CENTRO DE SAÚDE ESCOLA DO BUTANTÃ

PROJETO PRÁTICAS CORPORAIS E COMUNIDADE
NÚCLEO DE ESTUDOS SOCIOCULTURAIS E CENTRO DE SAÚDE ESCOLA SAMUEL
PESSOA

CADASTRO

DATA: ___ / ___ / ___ HORÁRIO: _____ MATRÍCULA: _____

1. NOME: _____ IDADE: _____

2. Como você ficou sabendo do projeto?

3. Tem algum problema de saúde? Qual?

4. Gosta de cuidar do seu corpo? Por quê?

5. Como você cuida do seu corpo?

6. Já fez alguma prática corporal antes? Que tipo? Há quanto tempo?

7. Qual sua expectativa em relação ao projeto?

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estamos solicitando neste documento o seu consentimento para participar da pesquisa intitulada "O educador físico no serviço público de saúde: uma proposta de educação física para o Centro de Saúde Escola Samuel Pessoa", cujo objetivo é elaborar e implementar um projeto de Educação Física no Centro de Saúde Escola e, com base nas experiências deste projeto, analisar qual o significado do educador físico no serviço público de saúde. Oferecer o atendimento do educador físico à comunidade, no serviço público de saúde, é o que almeja esse trabalho.

Uma das tarefas da pesquisadora será analisar o depoimento das pessoas que participam do projeto e de alguns profissionais que trabalham no serviço. Este depoimento será feito por meio de uma ou mais entrevistas que serão registradas em um gravador e depois transcritas integralmente para análise e sistematização da pesquisa. O seu depoimento será usado apenas para compor os resultados da pesquisa.

Fica garantido que sua identidade será mantida em sigilo e que você também poderá retirar seu consentimento em qualquer momento.

Para tirar dúvidas ou ter outros esclarecimentos você pode entrar em contato com Fabiana Fernandes de Freitas pelos telefones (11) 3818-2126 ou (16) 9114-5898, ou durante os dias e horários em que o projeto acontece no Centro de Saúde Escola.

Concordo em participar da pesquisa

Responsável pela pesquisa

São Paulo, ____ de _____ de 2003



Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – COEP

Av. Dr. Arnaldo, 715 – CEP 01246-904 – São Paulo – Brasil

Telefones: (55-11) 3066- 7779 – fone/fax (55-11) 3064 -7314 – e-mail: mdgracas@usp.br

Of.COEP/40/02

São Paulo, 19 de fevereiro de 2002

Pelo presente, informo que o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo -COEP em sua 01.^a/02, Sessão Ordinária, realizada em 19.02.02, **analisou e aprovou**, de acordo com os requisitos da Resolução 196/96, o Protocolo de Pesquisa n.º 652, intitulado: “O EDUCADOR FÍSICO NO SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE: UMA PROPOSTA DE EDUCAÇÃO FÍSICA PARA O CENTRO DE SAÚDE ESCOLA SAMUEL B. PESSOA”, apresentado pela pesquisadora Fabiana Fernandes de Freitas.

Atenciosamente,


Paulo Antonio de Carvalho Fortes
Professor Associado
Coordenador do Comitê de Ética-COEP/FSP/USP