

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO
MESTRADO EM EDUCAÇÃO**

VALÉRIA MATOS LEITÃO DE MEDEIROS

**O PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: A
PEDAGOGIA DO CUIDADO E A PROMOÇÃO DA SAÚDE**

**JOÃO PESSOA - PB
FEVEREIRO/2009**

VALÉRIA MATOS LEITÃO DE MEDEIROS

**O PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: A
PEDAGOGIA DO CUIDADO E A PROMOÇÃO DA SAÚDE**

Dissertação de Mestrado apresentada ao programa de pós-graduação da Universidade Federal da Paraíba, como exigência parcial para obtenção do grau de Mestre em Educação.

Orientador: Prof. Dr. Antônio Carlos Ferreira Pinheiro

JOÃO PESSOA - PB
FEVEREIRO/2009

VALÉRIA MATOS LEITÃO DE MEDEIROS

**O PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: A
PEDAGOGIA DO CUIDADO E A PROMOÇÃO DA SAÚDE**

Dissertação aprovada em _____ de _____ de _____.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Antônio Carlos Ferreira Pinheiro (PPGE/UFPB – Orientador)

Prof. Dr. Iraquitã de Oliveira Caminha (CCHLA/CCS- UFPB – Membro)

Prof. Dr. Eymard Mourão Vasconcelos (PPGE/CCS- UFPB- Membro)

Prof^a Dr^a Adelaide Alves Dias (PPGE/UFPB – Membro/ Suplente)

JOÃO PESSOA - PB
FEVEREIRO/2009

“É importante preparar o homem por meio de uma educação autêntica uma educação que liberte, que não adapte, domestique ou subjugue”.

Paulo Freire

Dedico aos meus pais pelo amor incondicional por mim, amor que realça na incessante luta pelo meu crescimento pessoal e profissional; aos meus filhos e ao meu esposo por terem suportado as ausências.

AGRADECIMENTOS

Ao meu primeiro orientador, Prof. Dr. Iraquitã de Oliveira Caminha, por tudo que fez por mim desde o primeiro acolhimento, por suas orientações e contribuições realizadas na verdade e na caridade.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Antônio Carlos Ferreira Pinheiro, pelo seu desprendimento e o sair de si neste desafio, por todo o seu saber, zelo e cuidado.

Ao Prof. Dr. Charlinton José dos Santos Machado por ser um incentivador nato, um educador que não percebe fronteiras e abre as portas para o aprendizado.

A Profª Drª. Adelaide Alves Dias, por ser exemplo de justiça e ética profissional e pelos seus sentimentos de querer dar o melhor de si, pela sua determinação, compromisso e amor para melhorar as condições dos presentes e futuros pós-graduandos em Educação.

Ao Prof. Dr. Eymard Mourão Vasconcelos, por suas contribuições em toda sua dimensão favorecendo meu crescimento acadêmico e pessoal.

Aos demais professores pelo conhecimento compartilhado.

A Rosilene Mariano Farias, pela sua dedicação e prontidão em nos ajudar.

Às companheiras e aos companheiros da turma 26, pelo aprendizado e convivência.

A Sandra Mª C. R. de Carvalho pelo seu exemplo e garra na busca e conquista de um sonho.

A Rita Cristiana Barbosa, por nos representar tão bem no colegiado, sempre atenta aos nossos anseios, questionamentos e solicitações.

A Tatiana Medeiros Santos, por estar sempre aberta para a escuta, pela paciência e pelas palavras de força nos momentos difíceis.

À Francymara A. N. de Assis pelas falas, conversas, tristezas, alegrias, certezas e incertezas compartilhadas;

À amiga Daniella Barbosa Suassuna, por ser um exemplo de sabedoria, companheirismo e dedicação no que se propõe a fazer.

À amiga Betânia do Carmo Rodrigues, pela parceria e incentivo nos primeiros passos a serem dados rumo ao Mestrado em Educação.

Aos professores de Educação Física do projeto João Pessoa Vida Saudável – Academia Cidadã.

Aos gestores da Prefeitura Municipal de João Pessoa presente através das Diretorias de Vigilância Epidemiológica, Atenção Básica e Educação Permanente, por sempre estarem dispostos a ajudar.

RESUMO

MEDEIROS, Valéria Matos Leitão. **O Profissional de Educação Física no Sistema Único de Saúde: a pedagogia do cuidado e a promoção da saúde.** 2008. 127p. Dissertação (Mestrado em Educação) - Programa de Pós Graduação em Educação, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2009.

Este estudo objetivou analisar as representações sociais dos profissionais de educação física, no Sistema Único de Saúde (SUS), acerca da "pedagogia do cuidado" como ação educativa voltada para uma possível nova semente promotora da saúde. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, baseada nos testemunhos de dezenove profissionais de Educação Física do Projeto João Pessoa Vida Saudável – Academia Cidadã, da Prefeitura Municipal de Saúde de João Pessoa. Os dados empíricos foram coletados através de observações assistemáticas e de entrevista semi-estruturada abordando as questões norteadoras deste estudo: O que é “cuidar” ou “cuidado”, para os profissionais de educação física? Como os profissionais de educação física cuidam? Consideraram-se, também, os testemunhos de pessoas envolvidas no projeto. As informações foram coletadas entre janeiro e abril de 2008, respeitando-se os aspectos éticos. Na interpretação dos dados, empregou-se a análise de conteúdo proposta por Bardin consubstanciada pela teoria das representações sociais propugnadas por Durkheim e outros. As representações sociais acerca do que é cuidar e como cuidar referenciaram o cuidado como um meio de cuidar de si, bem como do outro e representam zelo, doação, satisfação, prevenção, proteção, preocupação com as necessidades da comunidade, como a saúde mental, física, espiritual e o bem-estar, através da escuta, do diálogo e do toque, na perspectiva de um trabalho humanizado, que perpassa o ato educacional, considerando a conscientização como parte integrante do processo educativo e valorizadora do ser. As discussões aqui desenvolvidas também foram apontadas pelas diretrizes estabelecidas nas Conferências Internacionais de Promoção da Saúde, articuladas as “políticas” públicas voltadas para saúde nas últimas décadas, também conhecidas como políticas de Saúde Coletiva. Acreditamos que o profissional de educação física, no Sistema Único de Saúde, possui conhecimentos para contribuir com a promoção da saúde, não em atividade verticalizada, mas através da "pedagogia do cuidado" visando à troca de saberes a partir das necessidades e anseios do outro, tornando possível o êxito do cuidado em saúde como um movimento contínuo e duradouro, objetivando a transformação e melhoria da qualidade de vida.

Palavras-Chave: Cuidado, SUS, Educação Física

ABSTRACT

MEDEIROS, Valéria Matos Leitão. **The Professional Fitness in the National Health System: the pedagogy of care and health promotion seed.** 2008. 127p. Dissertação (Mestrado em Educação) - Programa de Pós Graduação em Educação, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2009.

This study aimed to analyze the social representations of physical education professionals in the Unified Health System (SUS), some of the "pedagogy of care" such as education action toward a possible new seed promoter of health. This is a qualitative research based on the testimony of nineteen professional Fitness Project Healthy Living João Pessoa - Citizen Academy, the Municipal Health of João Pessoa. Empirical data were collected through observations and patchy semi-structured interview addressing the questions guiding this study: What is "caring" or "care" for the professional physical education? As physical education professionals care? It was also the testimonies of people involved in the project. Information was collected between January and April 2008, respecting the ethical aspects. In interpreting the data, using the analysis of content proposed by Bardin reflected the theory of social representations suggested by Durkheim and others. Social representations about what care and how care is the care referenced as a means of caring for themselves as well as the other and represent zeal, donation, satisfaction, prevention, protection, concern for community needs such as mental health , physical, and spiritual welfare, through listening, dialogue and tap the perspective of a working man that permeates the educational act, considering awareness as part of the educational process and to be valued. The discussions here also developed guidelines set out by the International Conference on Health Promotion, articulated the "policies" towards public health in recent decades also known as policies of Public Health. We believe that the professional physical education in the Unified Health System, has knowledge to contribute to the promotion of health, not in verticalized activity, but through a "pedagogy caregiver" to the exchange of knowledge from the needs and desires of other , making possible the success of health care as an ongoing and lasting change and aiming to improve the quality of life.

Keywords: Care, SUS, Physical Education.

LISTA DE FIGURAS

Figura 01: Divisão por Núcleo Regional de Saúde, Estado Paraíba	22
Figura 02: Divisão do Município de João Pessoa em Distritos Sanitários	23
Figura 03: Praça São Gonçalo/ PJP Vida Saudável- Academia Cidadã	83
Figura 04: Praça São Gonçalo/ PJP Vida Saudável- Academia Cidadã	85
Figura 05: Praça São Gonçalo/ PJP - Vida Saudável- Academia Cidadã	86
Figura 06: Praça da Paz/ PJ P - Vida Saudável- Academia Cidadã	87
Figura 07: Praça da Paz/ PJP- Vida Saudável- Academia Cidadã	88
Figura 08: Praça Bela/ PJP Vida Saudável- Academia Cidadã	91
Figura 09: Praça Bela/ PJP Vida Saudável- Academia Cidadã	92
Figura 10: Praça Lauro Wanderley/ PJP Vida Saudável- Academia Cidadã	94
Figura 11: Praça Lauro Wanderley/ PJP Vida Saudável- Academia Cidadã	95
Figura 12: Praça Lauro Wanderley/ PJP Vida Saudável- Academia Cidadã	97
Figura 13: Praça Alto do Céu/ PJP Vida Saudável- Academia Cidadã	98
Figura 14: Praça Alto do Céu/ PJP Vida Saudável- Academia Cidadã	99
Figura 15: Praça Alto do Céu/ PJP Vida Saudável - Academia Cidadã	99
Figura 16: Praça Alto do Céu/ PJP Vida Saudável- Academia Cidadã	100
Figura 17: Praça Alto do Céu/ PJP Vida Saudável- Academia Cidadã	100
Figura 18: Praça Alto do Céu/ PJP Vida Saudável- Academia Cidadã	101
Figura 19: Praça Coqueiral/ PJP Vida Saudável- Academia Cidadã	105
Figura 20: Praça Coqueiral/ PJP Vida Saudável- Academia Cidadã	106
Figura 21: Praça Coqueiral/ PJP Vida Saudável- Academia Cidadã	107

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Diagrama	64
Quadro 2: Teorias do Cuidado	79

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
CAPÍTULO I – PROMOÇÃO DA SAÚDE E SAÚDE COLETIVA: da prescrição à Realidade Brasileira	29
1.1 A Promoção da Saúde e Saúde Coletiva: reflexões do contexto histórico a partir de 1970	30
1.1.1 Apreciação da Promoção da Saúde segundo as Conferências: uma percepção reducionista da saúde?	33
1.1.2 Considerações sobre a Saúde Coletiva no Brasil	39
1.2 Algumas Reflexões em torno do Direito à Saúde no Brasil	44
CAPÍTULO II – EDUCAÇÃO FÍSICA E A SEMENTE DO CUIDADO NO SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE	49
2.1 Os Caminhos da Educação Física na Saúde Pública	50
2.1.1 O que é Educação Física?	54
2.2 O profissional de Educação Física na Rede de Cuidados do Sistema de Saúde do Município de João Pessoa	60
2.2.1 Entendendo um pouco do Pacto da Saúde e o Sistema Municipal de Saúde em João Pessoa	65
CAPÍTULO III – OS SIGNIFICADOS DA “PEDAGOGIA DO CUIDADO” NA PERCEPÇÃO DO PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA	71
3.1 Algumas Características e Considerações sobre o Cuidado	72
3.3 O Projeto João Pessoa Vida Saudável – Academia Cidadã: representações acerca do Cuidado e do Ato de Cuidar	80
CONSIDERAÇÕES FINAIS: UM OLHAR QUE PERCEBE POSSIBILIDADES DA DISSEMINAÇÃO DO CUIDADO ATRAVÉS DOS PROFISSIONAIS DE EDUCAÇÃO FÍSICA	113
REFERÊNCIAS	117
APÊNDICE	126
ANEXOS	129

INTRODUÇÃO

A origem e as motivações para visualizar a dimensão da escolha da proposta a ser desenvolvida na pesquisa se deram desde a minha graduação em Educação Física no Instituto Paraibano de Educação (UNIPÊ/1995-1999), e de minha participação em projetos de extensão desenvolvido pelo Núcleo de Pesquisa e Extensão da Terceira Idade da Universidade Federal da Paraíba (NIETI-UFPB), como voluntária, durante quatro anos. Sempre tive a preocupação com as questões da saúde no processo de envelhecimento. No grupo, estudávamos os aspectos que envolvem esse processo e como poderíamos atuar junto à comunidade que morava em Instituições de Longa Permanência (ILP), objetivando a melhoria da qualidade de vida dessas pessoas. Pioneiros, aqui na Paraíba, na proposta de cuidados para com este seguimento da população, realizamos uma pesquisa intitulada “Caracterização de Idosos Asilados na Cidade de João Pessoa”. Esta tinha como objetivo perceber quais eram as reais necessidades que os idosos institucionalizados apontavam. Tal procedimento visava identificar a instituição mais carente¹, pois não poderíamos estender o projeto para todas, uma vez que a equipe era composta por apenas três membros (assistente social, psicólogo, educador físico), que estavam mais diretamente preocupados com a relação saúde e qualidade de vida. Realizávamos também um grupo de estudo dentro da instituição de longa permanência, pois iríamos nos identificar ou não com o toque, o cheiro, as conversas, as intervenções dos idosos. A coordenadora do projeto² nos falava que era no contexto educacional que poderíamos perceber como a teoria poderia se concretizar na prática, acreditando que o processo educativo de caráter formativo e produtivo na solução de problemas concretos com a comunidade promove, antes de tudo, a cidadania. Pude, assim, refletir o tema “cuidados em saúde” e perceber a importância dos processos de promoção da saúde para o profissional de Educação Física, que, até então, não era reconhecido como um profissional da área da saúde.

Será que se necessita realmente de um conceito de Educação Física para cada época? A máxima de Juvenal *Mens Sana in Corpore Sano*, por exemplo, foi vivida? A política do

1 Foram pesquisadas cinco instituições, quais sejam: Associação Metropolitana de Erradicação da Mendicância (AMEM), Associação Paraibana do A ancião (ASPAN), Casa da Vovozinha, Abrigo de Idosos São Vicente de Paula (Vicentina) e o Lar da Providência.

2 Projeto Caracterização de Idosos Asilados na Cidade de João Pessoa - Núcleo Integrado a Pesquisa e Extensão da Terceira Idade – NIETI – UFPB – coordenado pela Prof. Esp. Mirian Trindade.

Pão e do Circo³, na antiguidade, ainda não está sendo experienciada nos dias atuais como proposta de manutenção do poder? Podemos identificar uma abordagem da pedagogia do cuidado nos cursos de Educação Física atualmente, visto que é uma necessidade da sociedade atual?

Algumas dessas questões não serão respondidas neste estudo, mas, comentários acerca da construção dos conceitos elaborados em Educação Física voltados para a saúde serão pontuados e referenciados.

O profissional de Educação Física foi reconhecido pelo Conselho Nacional de Saúde, a partir da Resolução nº 218, de 6 de Março de 1997. Desde então foram se dando avanços dos mais diversos seguimentos relacionados aos profissionais de Educação Física e à promoção da saúde, porém esta relação com os serviços públicos de saúde quase não existem (BRASIL, 1997).

O discurso da promoção da saúde na saúde pública se entrelaça com o processo de educação em saúde nas suas mais ampliadas dimensões, com objetivo de capacitar a comunidade para atuar na melhoria da qualidade de vida. Enquanto área de atuação no campo da saúde pública caracteriza-se por atuar junto aos fatores determinantes da saúde. Nesse sentido, a Política Nacional de Promoção à Saúde, referenciada na Agenda Nacional de Promoção da Saúde (2005-2007), divulgou, como Metas de Desenvolvimento do Milênio, propostas pela Organização das Nações Unidas (ONU), a alimentação saudável e a atividade física, visando reduzir a morbi-mortalidade por doenças não transmissíveis relacionadas aos padrões de consumo de alimentos e sedentarismo (BRASIL, 2004; CONFEF, 2002).

O constante e crescente mundo globalizado aumentou as diferenças entre países desenvolvidos e em desenvolvimento, e entre os indivíduos de um mesmo país, principalmente nas disparidades cada vez mais gritantes, quanto ao acesso aos bens e serviços. Essas desigualdades advindas de um modelo de desenvolvimento neoliberal têm impactos diretos na qualidade de vida da população, na saúde física e ambiental.

A defesa da preservação da vida e da qualidade do processo de viver vêm se tornando o grande desafio deste século nas cidades, pois as questões de promoção da saúde estão cada vez mais ampliadas, desde a humanização e capacitação de agentes promotores da saúde a questões de segurança e ressignificação da vida pelo homem, não esquecendo os grandes entraves da saúde: a desnutrição e o ressurgimento de doenças infecciosas.

3 Que consistia em oferecer aos romanos alimentação e diversão. Quase todos os dias ocorriam lutas de gladiadores nos estádios (o mais famoso foi o Coliseu de Roma), onde eram distribuídos alimentos. Desta forma, a população carente acabava esquecendo os problemas da vida, diminuindo as chances de revolta.

Entre 1970 e 1980, foram surgindo alguns determinantes decorrentes de algumas mudanças políticas, sociais, demográficas e de saúde da população que geraram a impossibilidade do gerenciamento da saúde através da assistência exclusiva do Estado. Diante desse problema, ampliaram o conceito de saúde a partir de estratégias de diversas esferas (mundiais, nacionais, locais) tendo como pressupostos as singularidades do coletivo.

No período de 1970 a 1980, na Europa e em outros países do mundo, após várias discussões, propôs-se como estratégia de solução para os 'nós' críticos das questões sociais e éticas do momento, principalmente o financeiro, um núcleo central para o controle das ações e políticas destinadas à população. Este núcleo foi a Saúde, originando uma visão do homem como um ser integral, em que não só os fatores biológicos e genéticos são determinantes da sua saúde, mas que também as condições políticas, econômicas, ambientais e sociais podem comprometer a saúde mental, física, social e espiritual (WESTPHAL; ZIGLIO, 1999).

No Brasil e, na mesma época, no Canadá, através de duas distintas conferências de saúde, a VIII Conferência Nacional de Saúde (Brasília/Brasil, 1986) e a I Conferência Internacional de Promoção da Saúde (Ottawa/Canadá, 1986), as questões sociais e éticas que envolvem a vida se fizeram presentes nas discussões e, decorrentes dessas discussões foram redigidos documentos que propõem a visão ampliada da saúde, deixando a questão reducionista impregnada nas doenças como propostas não mais viáveis para os tempos atuais.

Através das propostas discutidas e redigidas pelos profissionais de saúde na Carta da VIII Conferência Nacional de Saúde, acelera-se o movimento da reforma sanitária que contribuiu para a efetivação da mudança do conceito de saúde. A Constituição Federal de 1988, em seu artigo 196 pontua:

(...) saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantia mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos, além do acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (VADE MECUM, 2008, s/p.).

Em 1990, através da Lei 8.080, foi regulamentado o Sistema Único de Saúde (SUS) que, mesmo tendo como princípios o direito à saúde, à integralidade da assistência, universalidade, equidade, resolutividade, intersetorialidade, humanização do atendimento e participação social, ajustou-se ao modelo tradicional, embora houvesse resistências. A luta das lideranças do movimento sanitário, desde o início, na tentativa de ações que interferissem de fato nas condições de vida e saúde da comunidade existiram, mas, quando se percebeu que, diante de uma cultura verticalizada de poder, em que o cidadão e os seus direitos não iriam

mais uma vez ter voz e espaço, os movimentos foram aos poucos arrefecendo e o SUS submetendo-se à esfera interministerial.

Daí por diante o SUS está sendo motivo de críticas, ridicularizações, descrenças. O desafio é a transformação das relações que excluem a ressignificação do processo de trabalho entre os setores com participação de todos os atores envolvidos sem deixar de lado os interesses sociais, econômicos e de saúde. Sem dúvida, um grande desafio.

A idéia da Promoção da Saúde foi retomada em meados 1995, no Brasil, associada às perspectivas da qualidade de vida da população, e a partir daí começou outra discussão. O que é qualidade de vida? Essa tem diversos significados dependendo do contexto em que cada indivíduo está inserido. E os cuidados para se alcançar essa qualidade de vida? Quais serão as necessidades de cada comunidade para se alcançar a qualidade de vida almejada?

Desse desejo de alcançar melhor qualidade de vida, surge a proposta da Educação Permanente em Saúde, através dos pólos, que visa envolver diversos atores na resolução das necessidades em saúde da comunidade, através da rede de cuidados progressivos com a saúde.

Uma das estratégias promotora dos Cuidados Progressivos a Saúde, que responde a essa proposta do Ministério da Saúde em relação à Educação Permanente em Saúde, é o projeto “João Pessoa Vida Saudável”. São vários espaços e atores sociais contemplados sob a intervenção do acadêmico e profissional de Educação Física visando à promoção da saúde da população através da prescrição e orientação da atividade física. Este projeto tem vários eixos de intervenções para estimular a prática regular de atividades físicas, dentre eles a “Academia Cidadã” objeto de estudo desta investigação (SAÚDE, 2006).

Em João Pessoa, uma das estratégias de Promoção da Saúde, que visa à mobilização da população em espaços de ambientes saudáveis, tem como objetivo central “(...) cuidar da saúde do cidadão através de políticas direcionadas à qualidade de vida e conscientização da população em geral para o combate ao sedentarismo e, com isso, tratar e prevenir várias doenças crônico-degenerativas” (PMS, 2006, p.18).

A implantação do projeto “João Pessoa Vida Saudável – Academia Cidadã” justificou-se em João Pessoa, pelas estatísticas do ano de 2005 que apontaram 3.680 óbitos, no município destes 1.128 causados por doenças do aparelho circulatório. Esses dados, entre outros, fizeram com que a atual gestão municipal articulasse a sua política de saúde com as políticas públicas nacionais. A notificação dos dados acima veio através do Ministério da Saúde em 04/04/2008, que divulgou de uma pesquisa realizada pelo Sistema Nacional de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas, por Inquérito Telefônico (Vigitel), realizada nas 26 capitais dos estados da federação. O objetivo era identificar como a

população está se prevenido contra doenças e cuidados da saúde. Os resultados apontaram que João Pessoa lidera, a saber: (i) alto índice de sobrepeso entre as capitais do Nordeste; (ii) elevado percentual de obesos; (iii) o sexo masculino têm o segundo maior percentual de hipertensão do Brasil; (iv) a cidade de João Pessoa está na segunda colocação em número de fumantes na região (BRASIL, 2008a).

Em resposta a esses dados e das demais capitais brasileiras, o Ministério da Saúde lançou, em 06/04/2008, em Brasília (DF), a campanha nacional "Entre para o time onde atividade física e o meio ambiente jogam juntos", em comemoração ao Dia Mundial da Atividade Física e ao Dia Mundial da Saúde. O lançamento foi realizado de forma simultânea, em 286 municípios que compõem a Rede Nacional de Promoção da Atividade Física. Na Paraíba os municípios que participaram foram: Cabedelo, Caaporã, Pedras de Fogo e João Pessoa (BRASIL, 2008b).

Desde os dados coletados em 2005, a Secretaria Municipal de Saúde do município de João Pessoa vislumbrou a implementação da rede de cuidado pautado na integralidade da atenção com o objetivo de “(...) estimular a Promoção de Atividade Física através de ações preventivas e educativas”(…), tais medidas tem finalidade de “(...) orientar e informar a população dos benefícios oriundos da prática de atividade física regulares, bem como motivá-las e envolvê-las para o desenvolvimento do autocuidado e hábitos de vida saudáveis” (SAÚDE, 2006, p. 8).

No decorrer dessa prática educativa foi-se percebendo que muitos textos, enunciados, falas, contextos envolvem o cuidado, palavra de domínio público, que muitas vezes está relacionada aos cuidados da mãe com o filho, da enfermeira com o doente, do médico com o seu paciente. Mas, este cuidar ou cuidado nas representações sociais desses profissionais de Educação Física que estão participando do projeto, objeto desse estudo, será o mesmo cuidado que os profissionais de outras áreas realizam? Será que é o mesmo cuidado proposto pelas enfermeiras? Porque se discute tanto sobre o cuidado na enfermagem? Será este fenômeno discutido por outros profissionais da saúde, ou da educação? Os profissionais de Educação Física no contexto atual do mundo do cuidado já discutiram a sua atividade como cuidadores?

Por que levantar questões que envolvem o cuidado especificamente junto aos profissionais de Educação Física que compõe o projeto João Pessoa Vida Saudável – Academia Cidadã? Por que estudar este fenômeno segundo a concepção e a prática destes indivíduos e não de outro grupo diretamente dedicado ao cuidado dos outros? Decidi fazê-lo pensando como cidadã interessada no controle participativo e social das políticas e ações públicas: pareceu-me que este seria uma pesquisa importante pelo fato de que esses

profissionais atuam em um projeto claramente referente à temática, que não é, de início, óbvia para o campo da Educação Física.

Além disso, qualquer grupo vinculado a um programa que envolve objetivos, normas, perspectivas e discursos sobre o cuidar, instiga a curiosidade epistemológica sobre os significados que esses profissionais dão ao que é cuidar. Interessa saber se eles se vêem e se compreendem como cuidadores, e de que maneira eles, efetivamente, cuidam. É interessante perguntar se esse cuidado é um cuidado meramente mecânico e pontual ou se está voltado para o compromisso com as questões mais profundas do ser como a afetividade ou amor, que, segundo alguns autores, constituem o cuidado mais válido⁴? Destacamos isso porque se acredita que o cuidado humano⁵ concebe um jeito de ser de estabelecer relações, de responsabilidade, “(...) de interesse e compromisso moral, manifestações exclusivas dos seres humanos” (SILVA, 2005, p.37).

Por que focalizar a dimensão do cuidado nas representações dos profissionais de educação física se não é objeto exclusivo nem, geralmente, definidor da sua prática, nem mesmo está explicitada como característica de sua tarefa no projeto que nos interessa? Na verdade, embora o termo cuidado e seus derivados não estejam diretamente ligados a esses profissionais, este projeto está vinculado à gerência de vigilância epidemiológica do município, na seção de doenças e agravos não transmissíveis, visando a resultados que diminuam possíveis riscos à saúde da população, e apresenta, na sua descrição, preocupações e objetivos que instigam à reflexão acerca do cuidado com a saúde, levando-se em conta a singularidade do encontro com os usuários.

Além disso, um dos objetivos propostos no projeto é o desenvolvimento do autocuidado de sujeitos da comunidade. Assim, se uma das propostas é desenvolver o autocuidado de uma comunidade, através de mudanças de hábitos que incidam na saúde, poder-se-á questionar esses profissionais quanto ao que eles pensam, como o realizam, e como se expressam sobre o cuidado junto a esses sujeitos. Enfim, uma discussão em torno deste fenômeno se justifica pelo fato do conceito de cuidado ser utilizado em vários trechos do discurso encontrado no próprio projeto, que representa e está contido na “(...) perspectiva da implantação da rede de cuidado pautado na integralidade da atenção em João Pessoa” (SAÚDE, 2006, p.14).

4 Sentimento que predispõe alguém a desejar o bem de outrem, ou de alguma coisa; Afeição, amizade, carinho, simpatia, ternura (FERREIRA, 2005, s/p).

5 O cuidado humano, todavia, já se tornou parte da nomenclatura internacional, e já se fala, inclusive, em uma ciência do cuidado humano (SILVA, 2005, p.37).

Cuidar. Ter cuidado com a saúde. Ensinar autocuidado. Práticas de cuidados progressivos a saúde. Todos esses conceitos que envolvem o fenômeno do cuidar assumem um determinado sentido para a população em geral e, principalmente, para os profissionais da saúde.

O sentido da palavra cuidado é buscado neste estudo através da análise de conteúdo que percebe a semântica, não como o estudo da língua propriamente dita, mas “(...) como a busca descritiva, analítica e interpretativa do sentido que um indivíduo (ou diferentes grupos) atribui às mensagens verbais ou simbólicas” (FRANCO, 2007, p.14).

Assim, baseando-nos nos aspectos pontuados anteriormente, emergiram as questões norteadoras deste estudo: O que é cuidar ou cuidado para os profissionais de educação física inseridos nas estratégias de saúde? Esses profissionais entendem que são cuidadores? Como os profissionais de Educação Física cuidam? O ato de cuidar esta ou não associado ou adstrito a afetividade ou à utilidade? Porém apenas o conceito de cuidar e como esses profissionais cuidam serão discutidos nesse momento. Vale salientar que neste estudo o entendimento de conceito é a “(...) representação dum objeto pelo pensamento, por meio de suas características gerais, qualidade, abstração, idéia e significação (...)” e está relacionado com questões teóricas do que vem a ser o cuidar ou cuidado. Quando mencionamos como esses profissionais cuidam, estamos nos referindo à sua prática do dia a dia que perpassa por uma proposta pedagógica devido à questão da preparação da atividade ou aula, pois a intenção é direcionada para a autonomia da comunidade através de uma educação permanente voltada para mudanças de hábitos de vida (FERREIRA, 2005, s/p.). Nesse sentido, há uma prática pedagógica, isto é, um significado da pedagogia que neste estudo é entendida como um “(...) conjunto de doutrinas, princípios e métodos de educação e instrução que tendem a um objetivo prático; profissão ou prática de ensinar” (FERREIRA, 2005, s/p.).

Pela ação de formular uma idéia por meio de palavras, definição, caracterização, diante do discurso relatado por esses profissionais acerca das questões em torno do cuidado, poder-se-á perceber como estão ocorrendo as vivências deles nos espaços destinados a prática de atividade física? Assim, tentar-se-á responder esta questão e às anteriormente formuladas. Porém, não com a intenção de serem conclusivas, mas sim na busca de um diálogo com educadores em geral e, mais particularmente, com os profissionais de Educação Física. Pretende-se, além de colaborar para a compreensão de uma realidade mutável e que urge no campo da Educação Física, ampliar sua visibilidade para as questões da promoção da saúde na

saúde pública, educação permanente em saúde, os processos de cuidados progressivos a saúde que refletem na sociedade.

Portanto o objetivo central deste estudo foi analisar as representações sociais dos profissionais de educação física, no Sistema Único de Saúde (SUS), acerca da "pedagogia do cuidado" como ação educativa voltada para promoção da saúde. Em relação às inferências conceituais e interpretativas do fenômeno estudado, procurou-se no primeiro momento, apreender o seu significado, posteriormente, delineou-se o percurso pela intersecção dos conceitos instituídos e os discursos apresentados pelos profissionais de educação física sobre o fenômeno investigado, ou seja, as representações sociais acerca do cuidado.

Representações sociais é um termo filosófico expresso por um conteúdo existente e percebido pelos sentidos, pela imaginação, pela memória ou pelo pensamento que revela a realidade através de questionamentos, justificativas ou explicações, podendo ser entendidas como categorias de pensamentos. Essas categorias não são exclusivas de uma consciência individual estanque e sim de um contexto cultural e histórico de cada sujeito expresso a partir e através do pensamento coletivo.

Segundo Minayo (2007), os clássicos que tratam das representações sociais, como Durkheim, Weber, Marx e Engels, concordam com a relevância do entendimento das representações sociais para a percepção da realidade social. Os mesmos autores entendem, cada um com sua perspectiva, que é no nível individual que as representações sociais exprimem os significados e singularidades, devido os sujeitos serem históricos e culturais, realçam a ação do grupo social que representa, entendendo-se que as idéias coletivas se individualizam nos sujeitos produtores do senso comum.

Sabe-se que esse senso comum se expressa em idéias geradas a partir de fragmentos tornando-o muitas vezes limitado, mas revela também atitudes e falas do cotidiano possuindo escalas variadas de aproximação com a realidade. Para Minayo (2007, p. 237) o senso comum:

(...) É fruto da vivência das contradições que permeiam o dia-a-dia das classes sociais, e sua expressão marca o entendimento delas com seus pares, seus contrários e com as instituições. Com o senso comum, os atores sociais se movem, constroem sua vida e explicam-na mediante seu estoque de conhecimentos.

Partindo dos pontos relatados, percebe-se que as representações sociais são realizadas em pesquisas qualitativas, através das observações e registros das falas, das expressões, do modo de vida percebido nas entrevistas. As falas produzidas e expressas não são obrigatoriamente conscientes, pois os pensamentos que reproduzem formas de

desenvolvimento de modos de vida são construídos e reproduzidos, ao longo dos tempos, e envolvem elementos que, ao mesmo tempo, podem expressar conformismo, dominação, mas também conflitos e resistências.

A análise do social através das representações sociais pode ser um meio transformador das ações políticas e pedagógicas, visto que é um reflexo da realidade, entretanto, as representações sociais são no mesmo instante, superficiais, irreais, conflitantes e verdadeiras. Podem ser representadas de diversas formas, maneiras, situações, objetos e também pelas palavras, que carregam no discurso a história, os interesses mas também a realidade (MINAYO, 2007).

O discurso das representações sociais acerca da saúde e da doença refletida no corpo, situações estas vivenciadas no cotidiano dos indivíduos no decorrer de toda a sua vida, bem como na prática dos profissionais que trabalham nas estratégias de saúde, está intimamente relacionado com o cuidar ou não do capital corpo.

Refletir sobre as representações sociais dos profissionais de Educação Física no que concerne ao cuidado poderá orientar as atividades a serem desenvolvidas enquanto práxis, não apenas para esses profissionais, mas também para: a comunidade que deve estar no centro de tudo; para os órgãos formadores dos profissionais; os gestores; os profissionais da saúde, enfim, todos os atores envolvidos no processo, pois as estratégias de promoção da saúde buscam o cuidado integral do indivíduo na coletividade, ou seja, busca o envolvimento de todos que compõem a rede de cuidados progressivos de saúde referenciada pelo Ministério da Saúde.

Quanto à revelação do cenário do estudo e ao campo de investigação a ser desenvolvido, verificou-se que o fundamento da atual divisão regional de saúde nos estados brasileiros é referenciado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). O objetivo foi elaborar um Projeto Estruturante das Macrorregiões de Saúde, baseado em critérios territoriais, socioeconômicos, demográficos, naturais, oferta de serviços e necessidade de implementação e implantação de serviços ambulatoriais e hospitalares de média complexidade⁶ e de alta complexidade⁷, assegurando o acesso aos cidadãos no âmbito macrorregional desses níveis de atenção.

6 Compõe-se por ações e serviços que visam a atender aos principais problemas de saúde e agravos da população, cuja prática clínica demande disponibilidade de profissionais especializados e o uso de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico (BRASIL, 2004).

7 Conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os demais níveis de atenção à Saúde (atenção básica e de média complexidade) (BRASIL, 2004a).

Cada macrorregião é subdividida em Distritos Sanitários o que se poderá compreender através da explanação de Mendes (1993, p.162).

A compreensão do Distrito Sanitário pode abranger duas dimensões: a primeira, enquanto estratégia de construção do SUS num município e/ou conjunto de municípios, envolvendo alguns elementos conceituais e operacionalmente importantes; e a outra dimensão se refere à menor unidade de território ou de população, a ser apropriada para o processo de planejamento e gestão.

Ainda sobre essa questão, Mendes (1993, p.162) relata que “(...) os elementos substantivos, a serem trabalhados no processo de construção do Distrito Sanitário, são: território, problemas, práticas sanitárias e processo de trabalho

O território paraibano é dividido em quatro macrorregiões, a saber: João Pessoa (I), Campina Grande (II), Patos (III), Sousa (IV). Essas são subdivididas em 12 Núcleos Regionais de Saúde⁸ (NRS). João Pessoa é sede do primeiro NRS (Figura 1), localiza-se na região Leste do Estado da Paraíba, área territorial de 210, 80 Km² e tem uma população estimada de 683.280 habitantes. A rede da Atenção Básica do município de João Pessoa é composta por cinco Distritos Sanitários e por 64 bairros (Figura 2). (IBGE, 2007; PARAÍBA, 2008).

⁸ Os demais NRS são sediados nos municípios de: Campina Grande, Guarabira, Itabaiana, Cuité, Monteiro, Piancó, Princesa Isabel, Patos, Catolé do rocha, Cajazeiras e Sousa (PARAÍBA, 2008).

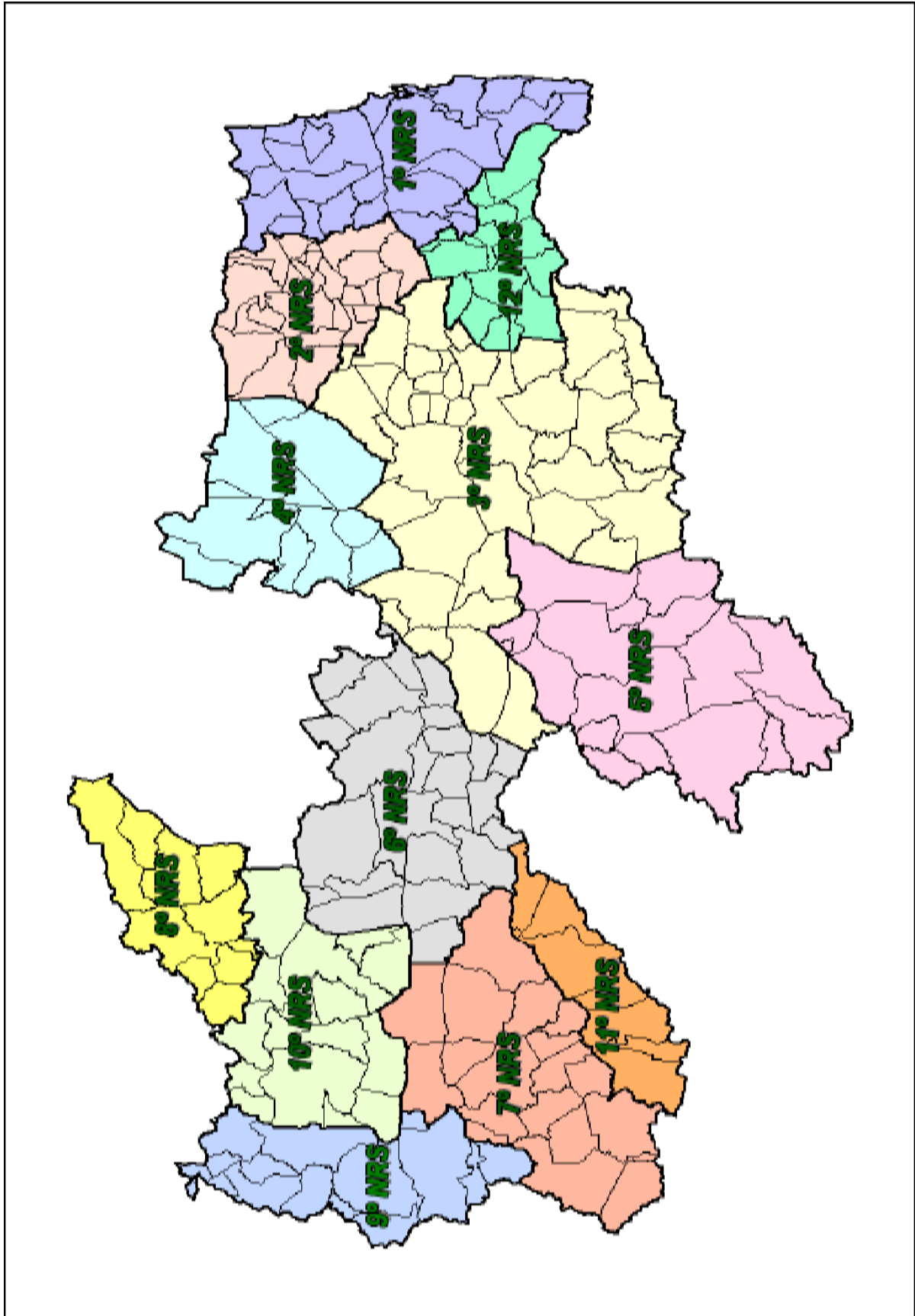


Figura 1: Divisão por Núcleo Regional de saúde, estado Paraíba (PMS, 2006, p.20)
Fonte: PMS. Plano Municipal de Saúde 2006-2009. Organização da rede de Serviços de Saúde. João Pessoa: PMJP, 2006.

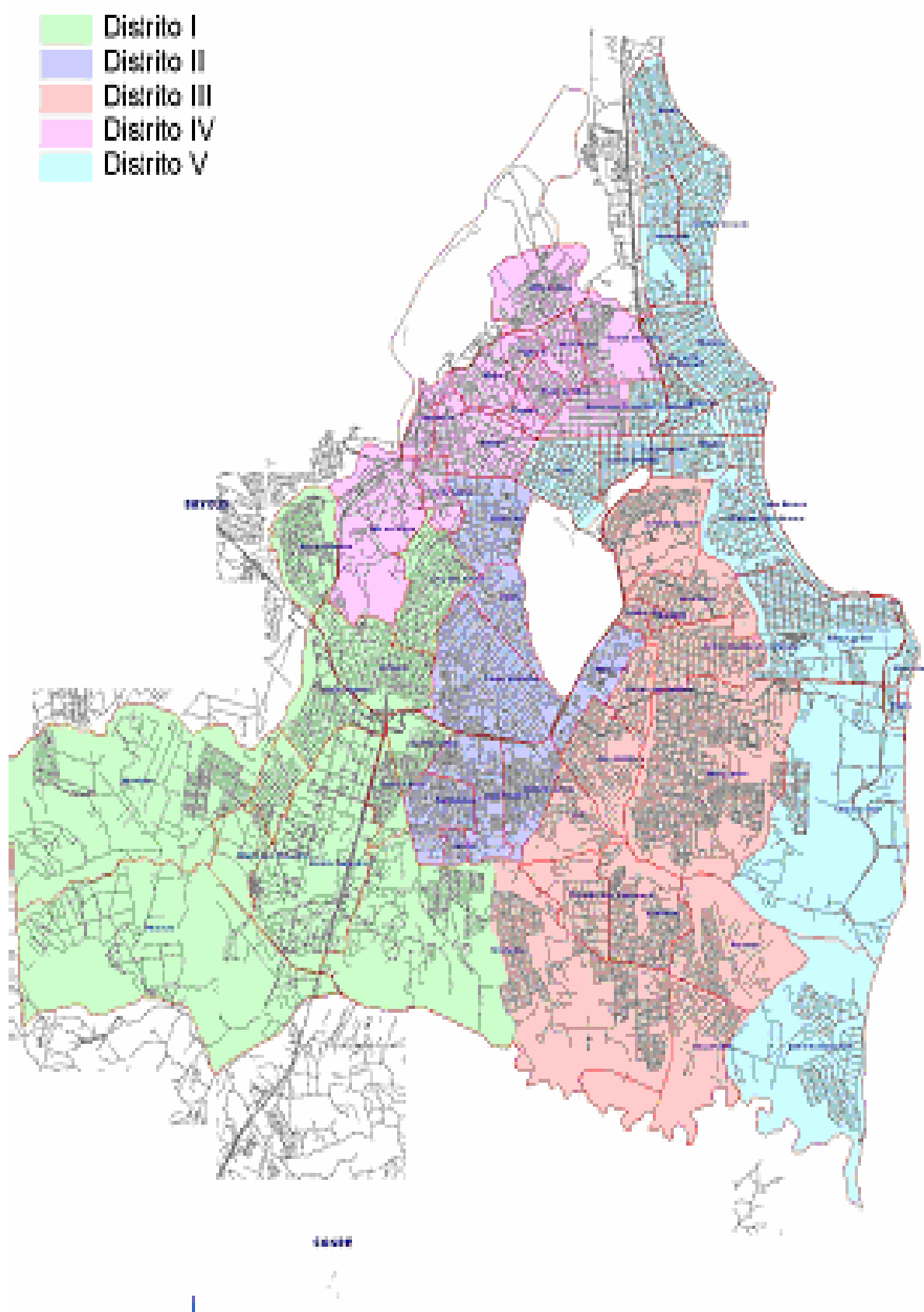


Figura 2: Divisão do Município de João Pessoa em Distritos Sanitários. (PMS, 2006).
Fonte: PMS. Plano Municipal de Saúde 2006-2009. Organização da rede de Serviços de Saúde. João Pessoa: PMJP, 2006.

A rede de serviços de saúde do município de João Pessoa está distribuída territorialmente em cinco Distritos Sanitários (I – Cruz das Armas; II- Cristo Redentor; III – Mangabeira; IV – Bairro dos Estados; V – Jardim Luna), nos quais foram implantadas as primeiras Unidades de Saúde da Família em meados de 1997. Para cada distrito, existe um diretor responsável pelo controle das atividades de saúde executadas nas respectivas dimensões geográficas. Os distritos disponibilizam aos usuários uma rede de serviços, sejam eles nas Equipes de Saúde da Família, Rede Hospitalar e Centros Especializados e de Atenção Integrada à Saúde e outros.

A Prefeitura de João Pessoa, através da Secretaria Municipal de Saúde, (Diretoria de Vigilância e Saúde/ Gerência de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis) e Secretaria de Educação, Cultura e Esportes (Coordenadoria Especial de Desenvolvimento de Esporte) lançaram o projeto “João Pessoa - Vida Saudável”, juntamente com o Núcleo de Atenção Básica através do Pacto de Saúde Municipal – Pacto em Defesa da Vida⁹, que tem como objetivo a melhoria da qualidade de vida de sua população, através da implantação de uma cultura de prevenção em saúde, reduzindo doenças causadas pelo sedentarismo. Neste sentido, o referido projeto é destinado às pessoas de todas as idades que necessitam praticar atividades físicas regularmente e está subdividido em eixos, a saber: Crianças (Escola e Saúde); Adolescente (Esporte e Saúde); Adultos e Idosos (Academia Cidadã); Informações em Saúde (Agita João Pessoa), com o objetivo de estimular a prática regular de atividade física e irão ser implantados gradualmente.

No eixo da Academia Cidadã, as atividades acontecem nas seguintes praças da Capital: Praças do Coqueiral – Mangabeira, Praça da Paz – Bancários, Praça São Gonçalo – Torre, Praça Lauro Wanderley – Funcionários I, Praça Bela – Funcionários II, Praça Antonio Canto - Alto do Céu/Mandacaru. Em cada uma delas há uma equipe formada por profissionais de Educação Física e estagiários discentes dos cursos de Educação Física, estes são da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) e do Instituto Paraibano de Educação (UNIPÊ). Os profissionais e estagiários de Educação Física que compõem a estratégia de promoção da saúde “João Pessoa Vida Saudável – Academia Cidadã” constituem o universo de investigação deste trabalho (SAÚDE, 2007).

⁹ CLÁUSULA QUARTA – DOS INDICADORES DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DOS PACTOS PELA VIDA E DE GESTÃO. Os indicadores (...), devem ser pactuados neste Termo de Compromisso de Gestão, mediante o estabelecimento de metas locais. Os indicadores contidos (...), no ano de 2006, serão pactuados no Pacto da Atenção Básica e na Programação Pactuada e Integrada da Vigilância em Saúde (PPI VS). (PMS, 2006, p. 19)

Os profissionais de Educação Física, mediante a proposta dos Cuidados Progressivos a Saúde preconizada pelo SUS e referenciada no Projeto João Pessoa – Vida Saudável/ Academia Cidadã, têm como objetivo contribuir na melhoria da qualidade de vida da população, através da difusão de cuidados preventivos com a saúde, para que ocorra a redução de doenças causadas pelo sedentarismo.

Portanto, a busca para fundamentar a análise dos pressupostos para sustentação deste estudo se fundamenta a partir das percepções que os profissionais de Educação Física têm em relação a: O que é cuidar? E como eles em sua atividade cuidam?

A proposta do projeto “João Pessoa – Vida Saudável/ Academia Cidadã” está direcionada sob ótica da implantação da rede de cuidado fundamentado na integralidade da atenção à saúde em João Pessoa. Nesse sentido, cabe a questão: nas observações assistemáticas, durante o estudo em relação às atividades desenvolvidas em cada praça, bem como nas falas representacionais dos profissionais do que é cuidado e de como eles cuidam, pode-se perceber uma realidade fundamentada no cuidado em saúde?

Com o intuito de responder a essa questão, realizamos o estudo de levantamento de campo enquanto tipo fundamental de pesquisa qualitativa. Para tanto, foram efetuadas pesquisas de campo através da entrevistas semi-estruturadas, individuais, além da observação assistemática como instrumentos de coleta de dados. Tais procedimentos possibilitaram realizarmos a análise do conteúdo imprescindível para atingirmos os objetivos desta pesquisa.

Paralelamente realizamos o levantamento bibliográfico, que visou percebermos aspectos mais gerais sobre as reflexões já realizadas no que concerne à promoção da saúde e à efetivação do profissional de educação física como agente promotor do cuidado em saúde nos serviços públicos.

Nas visitas aos locais onde está sendo desenvolvido a estratégia de saúde intitulada “João Pessoa Vida Saudável - Academia Cidadã” aplicamos as entrevistas semi-estruturadas com gravações e observações assistemáticas, de forma individual. Esse momento foi subdividido em duas etapas. A primeira, que ocorreu logo após o recebimento da certidão do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que dispõe sobre ética em pesquisa com seres humanos. Em seguida apresentamos o projeto ao núcleo de Educação Permanente da Prefeitura Municipal de Saúde para abertura de protocolo e aprovação do desenvolvimento da pesquisa. Posteriormente realizamos uma reunião com a coordenação do projeto e com os professores de Educação Física que efetivaram as atividades físicas nas praças vinculadas ao Projeto João Pessoa Vida Saudável – Academia Cidadã, para

explicarmos o objetivo e a execução do estudo. A segunda etapa é relativa aos aspectos éticos. Assim, cada participante foi comunicado verbalmente sobre a pesquisa, sua execução e objetivos. Salientamos que as informações pessoais obtidas seriam sigilosas. Todos os entrevistados receberam o Termo de Consentimento Livre Esclarecimento (Apêndice A) com a liberdade de desistir da participação em qualquer momento, sem prejuízo para a sua assistência.

Terminada essa etapa, mapeamos os discursos a partir das entrevistas (Apêndice B), segundo os temas emergentes (sempre guiados pelos objetivos da pesquisa), selecionando as idéias centrais de cada discurso. Esses agrupamentos permitiram a apreensão dos significados, a associação de idéias e a captação da variedade de pensamentos, que foram expostos no texto através da codificação de cada profissional, a título de identificar cada relator do discurso, bem como a relação deste com a questão coletada na entrevista (PEF¹⁰5:1, quando PEF 5 corresponde ao entrevistado nº 5 e o nº 1, refere-se a primeira questão da entrevista acerca do fenômeno (cuidado) investigado.

Na tentativa de ilustrar a representatividade de algumas características de alguns usuários, que freqüentam o projeto João Pessoa Vida Saudável - Academia Cidadã, utilizamos um vídeo intitulado “É tempo de Cuidar”. É tempo de Respeitar”. O mesmo foi produzido pela Secretaria Municipal de Saúde. Apesar de não ser o foco da nossa pesquisa e da coleta não ter sido produzida pela pesquisadora desse estudo, acreditamos na veracidade dos fatos registrados.

Posteriormente, os resultados foram registrados no editor Word, analisados e discutidos a partir do método da análise de conteúdo de modalidade categorial, quando se dividem os textos “(...) em unidades, em categorias segundo reagrupamentos analógicos (...)”; as categorias foram: o conceito de cuidar e como eles cuidam, na tentativa de apreensão, do que os profissionais de Educação Física entendem na teoria do que seja cuidar e como eles cuidam enquanto uma atividade prática, consolidando o entendimento da teoria e prática como uma atividade pedagógica em torno do cuidado m saúde. (BARDIN, 2004, p.147).

O método de análise dos conteúdos, que se manifesta como um conjunto de técnicas de análise de verbalizações, que visa obter inferências de conhecimentos relativos através de procedimentos sistemáticos. As inferências são procedimentos que procuram comparar as informações presentes nas falas transcritas dos entrevistados e relacioná-las com outros dados, sendo este vínculo representado por pressupostos teóricos com diversidades de concepções de

mundo, individuo, sociedade e diferentes significados, que estão relacionados às questões políticas, psicológicas, sociológicas.

Em relação ao ponto de vista analítico instrumental, o conceito da análise de conteúdo, foi fundamental para a compreensão dos dados fornecidos nas entrevistas. Ele permitiu explicitar e sistematizar o conteúdo das mensagens e a expressão deste conteúdo, a partir de um conjunto de técnicas parciais e complementares. O objetivo desta abordagem foi o de efetuar deduções lógicas e justificadas, referentes à origem das mensagens do estudo através da organização da pré-análise que se subdividem em:

a) Leitura “flutuante”, “(...) consiste em estabelecer contatos com os documentos a serem analisados e conhecer os textos e as mensagens neles contidas, deixando-o invadir por impressões, representações, moções, conhecimentos e expectativas” (FRANCO, 2007, p.52).

b) Escolhas dos documentos adequados à elucidação do problema levantado pelo pesquisador, respeitando as regras de exaustividade, representatividade, homogeneidade.

c) Formulação das hipóteses, ou seja, suposições que ficam sem definições concretas enquanto não forem evidenciados os dados reais.

d) Referência aos índices que pode ser a citação clara de um tema, significando a construção de indicadores.

Após a pré-análise são definidas as categorias que podem ser: Semânticas, quando são temáticas, por exemplo, todas as falas que expressem percepções e significados de felicidade ficam agrupadas na categoria felicidade e assim sucessivamente; Sintáticas relações com verbos e adjetivos; Léxicas classificam palavras segundo o sentido com seus sinônimos; Expressivas são categorias com variadas perturbações da linguagem.

Devemos ressaltar que as categorias neste estudo foram semânticas objetivando os núcleos temáticos que foram ampliados com a introdução de alguns estudos sócio-históricos visando iluminar as múltiplas possibilidades de "ancoragem" das quais os sujeitos se utilizam para se apropriar das representações sociais predominantes (SPINK, 1993).

O eixo metodológico e o aporte teórico que foram utilizados neste estudo concebem a reprodução de uma percepção da realidade (representação social) sendo definidas como categorias de pensamento, de sentimento que expressam a realidade do cotidiano dos profissionais atores e autores participantes do Projeto João Pessoa Vida Saudável – Academia Cidadã.

Assim sendo, buscando trabalhar com o universo de significados, motivações, crenças, valores e atitudes, correspondentes a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis, foi possível

responder às questões iniciais e ampliar o conhecimento sobre o tema, articulando-o com seu contexto. Foi necessário, também, um esforço teórico para ultrapassar o nível do senso comum e do subjetivismo na interpretação e alcançar uma análise dos documentos, textos, biografias, legislações e entrevistas, de forma mais distanciada.

Surgiram questionamentos durante a pesquisa que ultrapassam a perspectiva das representações sociais dos profissionais de Educação Física em torno do fenômeno estudado. Questionamentos que envolvem: a comunidade, a gestão, o desenvolvimento do projeto, a subjetividade do se fazer presente como profissional da saúde em uma atividade que necessita de resultados para responder a exigências para consolidação das verbas do Governo Federal e que ao mesmo tempo se volta para uma política baseada na escuta, no diálogo, no sujeito. Esses e outros conflitos não foram objetos de nosso estudo, quem sabe em um segundo momento, poderemos realizar uma pesquisa na perspectiva etnográfica.

Para atender o objetivo central, o estudo foi estruturado em três capítulos. O primeiro discute os inúmeros aspectos que envolvem a questão da Promoção da Saúde e Saúde Coletiva, realizando algumas apreciações a partir dos conteúdos e diretrizes propugnadas pelas Conferências Internacionais e Nacionais de Saúde, refletindo também sobre questões que envolvem o direito à Saúde no Brasil. O segundo revela os caminhos da Educação Física na Saúde Pública, perpassando por questionamentos do que vem a ser Educação Física, buscando compreender a dimensão desses profissionais na rede de cuidados do Sistema de Saúde do município de João Pessoa, na perspectiva do Pacto da Saúde no Sistema Municipal de Saúde. O terceiro analisa as representações sociais dos profissionais de Educação Física sobre o que é cuidar e como eles cuidam a partir da experiência desenvolvida no Projeto João Pessoa Vida Saudável – Academia Cidadã. Nas Considerações Finais pontuamos as impressões da pesquisadora sobre os possíveis indícios da semente plantada do cuidado anunciados nas reflexões das análises dos conteúdos das falas das representações sociais dos profissionais de Educação Física.

CAPÍTULO I

PROMOÇÃO DA SAÚDE E SAÚDE COLETIVA: da prescrição à Realidade Brasileira

Você é um semeador. Um semeador de pensamentos. A qualidade da semente, um bom sementeiro sabe, é o que determina a qualidade da colheita. O semeador semeia um pensamento. Colhe uma ação. Semeia uma ação. Colhe um hábito. Semeia um hábito. Colhe um caráter. Semeia um caráter. Colhe um destino.

Swami Sivananda adaptado por Karam Valdo (2007, s/p.)

1.1 A Promoção da Saúde e Saúde Coletiva: reflexões do contexto histórico a partir de 1970

A preparação e delimitação dos caminhos a serem percorridos nesse estudo, diante da dimensão da construção do Sistema Único de Saúde (SUS), foi muito desafiador, pois, perpassa muitos olhares e interesses diversos, dentre os quais, existem: os meus, os dos governantes, os do povo, os olhares dos militantes e vivenciadores dessa história, essa história muito recente, que foi baseada a partir de outros contextos nacionais e também em experiências de outros países. Ao escolher a trilha a ser seguida para discorrer sobre a semente do cuidado, tentamos nos aproximar de áreas em comum com a formação dos educadores físicos, como a promoção da saúde, algo bem difundido entre as falas desses profissionais.

Assim, diante do contexto histórico a ser trilhado, pode-se dizer que as atividades médicas se desenvolveram em torno das doenças, dos medicamentos e dos procedimentos realizados para curar, ocorrendo um distanciamento no entendimento da subjetividade e conseqüentemente um desgaste nas relações médico–paciente, sendo figurado para este fato, o desenvolvimento do pensamento científico baseado no paradigma flexneriano¹¹ e do modelo anátomo-clínico.

A partir do modelo proposto pelos sanitaristas Leavell e Clark, aproximadamente em 1970, a Promoção da Saúde¹² como meio de intervenção na saúde dos indivíduos, foi relacionada a uma das medidas do primeiro estágio da história natural das doenças que se dividiam em três níveis e cinco meios de intervir, a saber: primário (promoção da saúde e proteção específica), secundário (diagnóstico/tratamento precoce e limitação da invalidez) e terciário (reabilitação). As atividades a serem realizadas para promover a saúde compreendiam uma ingesta alimentar com qualidade, educação sexual, orientação pré-nupcial e familiar, moradia adequada, trabalho, lazer, exames periódicos e educação para obter a saúde.

Na mesma época, surge no Brasil o campo de estudo da Saúde Coletiva que na sua essência inclui criticamente subsídios da produção de alguns países como Cuba, Itália, Canadá e Inglaterra, procurando romper com o modelo da Sociologia Funcionalista

¹¹ Flexner, educador americano, instituiu em 1910, a medicina científica (hegemônica) em modelos de procedimentos médicos como: o mecanicismo, o biologismo, a atenção a indivíduos, as especialidades, a tecnificação do ato médico e a medicina curativa e reabilitadora (MENDES, 2002, p.34).

¹² O termo Promoção da Saúde tem se modificado desde 1920, quando Winslow definiu saúde coletiva e relacionou a Promoção da Saúde às condições de vida do indivíduo. Posteriormente, foi mencionado por Henry Sigerist, em 1946, ao relacionar os quatro modos de atuação da medicina: promoção da saúde, prevenção de doença, recuperação do enfermo e reabilitação.

americana, no que tange ao processo de elaboração teórico-epistemológico, agregando o Socialismo Político italiano, o Estruturalismo francês e a perspectiva dialógica da Medicina Social inglesa. Assim, diante do modelo histórico-estrutural, buscou unir as influências históricas e sociais às análises epidemiológicas. Este modelo também procurou considerar o questionamento das ações ditas de prevenção e controle e agravos a doenças que não incluíssem em seu contexto as relações sociais de exploração (CARVALHO, 2007).

O surgimento desse modelo no Brasil se deu mediante as necessidades que emergiam, das condições de vida desfavoráveis à sobrevivência humana em vários setores sociais, ecoando nas questões sanitárias desencadeadoras de doenças que não faziam distinção de classe social. O modelo hegemônico biologista segue hegemônico, mas não é suficiente, com isso, outras propostas surgem como a corrente Preventivista e a Medicina Comunitária.

Assim, a corrente preventivista, baseada no modelo da história natural das doenças conceitua saúde mediante a apreciação ecológica do processo saúde/doença e na teoria da multicausalidade, justificando as ações mediante os sinais e sintomas. Uma tentativa de quebra do paradigma higienista e curativista, porém ainda na linha divisória do modelo hegemônico. Mas, por outro lado contribui de certa forma para contemplar o saber médico no que tange à ação educativa deixando em alguns momentos a clínica propriamente dita, evidenciando também discurso social.

Quanto à Medicina Comunitária, vinha trazer um meio de integração entre os cuidados curativos e preventivos, mediante a necessidade e participação comunitária e atenção à saúde mais simplificada visando à integração das equipes e alargando as bases exclusivistas da ação curativa apenas entre médicos e pacientes. A proposta da participação comunitária não era voltada para os interesses da população e sim para a perspectiva de diminuir as tensões sociais, favorecendo também a diminuição de investimentos mediante programas de autocuidados.

Em meados de 1974, podem-se destacar dois momentos na construção Promoção da Saúde, sendo o primeiro a visita de especialistas da Organização Mundial da Saúde (OMS) à China Nacionalista, quando se observou que os cuidados a saúde desses povos não eram convencionais no ocidente. O segundo foi o informe das “Novas Perspectivas de Saúde dos Canadenses” apresentado pelo Ministro Canadense, Marc Lalonde considerado um novo contexto da saúde pública, quando foi mencionado que a produção das ações de planejamento estratégico referente aos determinantes da saúde deveria ser baseada sob o olhar da promoção de: ambientes saudáveis, estilo de vida, biologia humana e organização da assistência à saúde, sendo estes os novos alicerces nos serviços de epidemiologia relacionada com as doenças crônicas não transmissíveis (FERNANDES; MENDES, 2007).

Apesar de um novo olhar para a saúde, a abordagem ainda não percebia que o contexto da saúde perpassa por questões políticas, econômicas e sociais, e que iria muito mais além da

ação puramente individualizada e produzida pelos sujeitos. Mas, começou a ter o entendimento de que a saúde pública precisava ir ao encontro do homem, quando se percebeu que a saúde dos sujeitos está diretamente relacionada às ações desses indivíduos nas relações com os grupos sociais, com as políticas adotadas pelo governo, com a educação em relação ao ambiente e as ciências médicas no que tange aos meios de cuidados no processo saúde/doença.

Segundo Fernandes e Mendes (2007), o início da promoção da saúde como uma “nova saúde pública” foi marcada pela Conferência Internacional sobre Cuidados Primários a Saúde realizada em Alma-Atá/Kazak¹³, em setembro de 1978. O evento representou um marco sobre a discussão em torno da dissociação entre saúde, medicina e cultura, bem como, foi o início do crescente movimento, em busca de melhores condições de vida da população mundial. Estabeleceu metas sociais entre os países para serem cumpridas até 2000, uma vez que deveriam promover um nível de saúde otimizada visando condições de vida social e economicamente produtiva aos povos, quando, os cuidados primários à saúde foram pontuados como prioridade, além da promoção da paz através do desarmamento, pois grande parte dos recursos mundiais são gastos com armamentos e conflitos militares.

A partir das grandes diretrizes estabelecidas na Conferência acima citada, os países signatários tentaram difundir o ideário da proposta da Saúde Comunitária, pensando em uma forma de atuação na saúde que integrasse os cuidados curativos e preventivos individuais e coletivos baseados em argumentos de atenção simplificada à saúde e na participação comunitária como meio de amenizar as tensões sociais e diminuição de custos através do autocuidado. A grosso modo visava racionalizar as práticas médicas, como também solicitar a presença facilitada do Estado na Atenção Primária a Saúde (APS), valendo-se de tecnologia de baixos custos e leves, pessoal auxiliar e participação da comunidade. Essa ampla programação, assim diminuiria os custos, servindo ao mesmo tempo aos interesses capitalistas e clientelistas sem entrar em choque com os movimentos políticos locais.

Em algumas cidades brasileiras como Montes Claros, Paulínia, Sobradinho, Caruaru, Londrina, Niterói e Campinas percebeu-se uma leitura crítica da Saúde Comunitária ao serem desencadeados projetos contra-hegemônicos, fortalecendo as organizações sociais e sanitaristas progressistas (FLEURY, 1988).

13 Esta Declaração e algumas subseqüentes basearam-se também na experiência aparentemente exitosa, realizadas pelos Comitês Comuns/China, quando através dos profissionais conhecidos como “médicos descalços” (barefoot doctors) desenvolviam atividades de orientação da comunidade quanto aos cuidados de saúde promovendo autoconfiança para resolução de problemas. O projeto na íntegra não foi divulgado, devido às autoridades chinesas não considerarem a experiência consolidada para divulgá-la, mas serviu de inspiração para efetivação de uma política voltada para atenção primária a saúde.

Assim, a referência à Conferência de Alma-Ata/Kazak, neste estudo, tem grande significado porque indica a importância da proposta em relação aos cuidados primários à saúde. Esses cuidados primários à saúde, desde então, estão sendo disseminados cada vez mais nos projetos e propostas dos gestores. Atualmente, no Brasil, mediante as propostas do Sistema Único de Saúde, a questão dos Cuidados Primários e Progressivos à Saúde, vem se consolidando nas atuais gestões municipais em todo o Brasil.

Os Cuidados Primários e Progressivos a Saúde, já são natos em algumas áreas de saúde como a enfermagem e a medicina, questão esta explícita durante a história, mas, diante da atual conjuntura e perspectivas de saúde, uma grande inquietação aflorou. Diante de toda a história do cuidado em saúde, que área e em que momento poder-se-á vislumbrar explicitamente o profissional de Educação Física implicado no processo de trabalho enquanto cuidador? Pensou-se em um ponto de partida, mas qual seria esse ponto? Então, tentou-se investigar a partir das Conferências de Promoção à Saúde.

1.1.1 Apreciação da Promoção da Saúde segundo as Conferências: uma percepção reducionista da saúde?

Não se pode negar a importância das conferências e nem tampouco as suas influências nas políticas destinadas à promoção da saúde. Entretanto, estas influências tiveram graus ou níveis de repercussões diferentes entre as nações podendo ser vivenciadas ou não em variados contextos. É bem verdade que as grandes proposições contidas nessas cartas elaboradas nas conferências, na sua maior parte, encontram-se muito distantes da realidade vivenciadas pelas populações. Todavia, demonstram a necessidade de reflexões acerca da saúde. Estas interferiram na organização dos atuais cânones da saúde pública brasileira e na resignificação do papel do Educador Físico como um profissional da saúde.

Assim, no Canadá, em 1984, foi realizado o Congresso Canadense de Saúde Pública com o tema “Para além da Assistência à Saúde” diante da insatisfação dos profissionais de saúde com os métodos verticalizados, utilizados na operacionalização das atividades de Prevenção de Doenças e Educação em Saúde. Surgiu a necessidade de avaliar o que se entendia sobre a Promoção da Saúde após dez anos do informe Lalone. A partir daí outros significados uniram-se ao termo Promoção da Saúde, como autonomia e emancipação. Os significados do entendimento sobre o termo foram emergindo a partir das percepções dos contextos da vida no cotidiano dos sujeitos envolvidos com as questões da saúde. Esses agentes sociais visualizavam a população como um todo, nos seus aspectos causais e

determinantes de saúde envolvendo questões sociais, políticas, econômicas, culturais e ambientais, oportunizando a participação social. Em seguida, foi proposta a estratégia denominada “Cidades Saudáveis” como uma possível idéia a ser alcançada. Os indicadores iniciais desta proposta foram a apreensão dos índices de pobreza e a não resolutividade da reversão da situação, urgências na modificação dos serviços de saúde e a necessidade da participação da população entre as esferas públicas e privadas (WESTPHAL; ZIGLIO, 2000).

Atualmente, o movimento por Cidades Saudáveis é uma proposta da Organização Mundial da Saúde (OMS), com o objetivo de sistematizar uma nova ótica de gestão municipal, em que instituições, empresários, autoridades, trabalhadores e a sociedade, busquem a construção de condições de vida, trabalho e cultura mais favoráveis, fortalecendo os laços da comunidade na perspectiva de co-gestão, desenvolvimento da solidariedade e a democracia dentre outros aspectos. O Brasil, país enraizado por uma cultura autoritária e hoje instigado pelo neoliberalismo, tenta inserir em seus municípios o movimento das Cidades Saudáveis visando o fortalecimento da cidadania, sendo o grande desafio do processo de democratização oficialmente “consolidado”, o fortalecimento e envolvimento da participação social nas políticas públicas e sociais, mediante os resquícios da cultura política clientelista e populista.

Quanto às conferências, a primeira Internacional de Promoção da Saúde aconteceu em novembro de 1986, em Ottawa/ Canadá, com vistas à execução do objetivo “Saúde Para Todos no ano 2000”. Naquele momento a busca de uma nova concepção em saúde pública emergia. Segundo Sícole e Nascimento (2003) a carta de Ottawa, inspirada pelos princípios da Declaração de Alma Ata (1978) e pela meta “Saúde para todos no ano 2000”, foi um marco importante para a saúde pública.

Destacam-se, no texto da Declaração de Ottawa, os pontos relacionados às discussões do presente estudo que se referem à participação ativa na promoção à saúde: criação de ambientes favoráveis (envolve o complexo sistema de urbanização para melhorar as condições sócio-ambientais de cortiços e favelas); o reforço da ação comunitária (participação popular nas questões acerca da saúde); desenvolvimento de aptidões pessoais (educação popular em saúde); reorganização dos sistemas sanitários (DECLARAÇÃO DE OTTAWA, 1986; RESENDE, s/a).

O documento deixa explícito que a promoção da saúde vai além de ser uma atribuição do setor de Saúde, pois deve fazer parte de todos os setores, até os que não estejam diretamente implicados com a saúde devem assumi-la como meta. A carta também enfatiza que cada setor deve ter como meta compreender as implicações de suas ações para a saúde da

população. Portanto, a Promoção da Saúde é definida como a capacitação das pessoas e comunidades para modificarem os determinantes da saúde em benefício da própria qualidade de vida, ou seja, os indivíduos deverão desenvolver habilidade para atuarem em benefício da própria qualidade de vida, enquanto sujeitos e/ou comunidades ativas.

No Brasil, no mesmo ano, em Brasília, aconteceu a VIII Conferência Nacional de Saúde cujos eixos norteadores foram direcionados para o direito à saúde, um olhar para os cidadãos visando à universalização, equidade, descentralização. Posteriormente parte dessas idéias foram introduzidas na Constituição de 1988 e, em seguida, estruturou-se o Sistema Único de Saúde (SUS).

Todo este movimento não se entrelaçam com as mudanças da Educação Física, caracterizada até então, ideologias e hegemônicas. É verdade que, a partir da década de 1980, veio à tona um movimento crítico e questionador dos alicerces políticos, epistemológicos e sociais da Educação Física no Brasil fazendo uma ligação com as ciências sociais com base marxista. Assim, a Educação Física não estava mais restrita à aptidão física, buscou-se também a necessidade de compromissos educacionais, culturais, éticos e políticos baseados na realidade brasileira. O que devemos salientar é que tanto o movimento crítico e emancipatório que surgia na Educação Física, quanto a abordagem da aptidão física, que nesta época indiscutivelmente estava relacionada com a saúde, estavam, descontextualizados do sociológico e coletivo. Ambos estavam desconectados com o movimento sanitarista que emergia no Brasil nesta mesma época.

Seguindo o processo de reorganização da saúde “Para uma melhor qualidade de vida dos povos”, a Declaração de Adelaide/Austrália (2ª Conferência Internacional de Promoção à Saúde, 1988) estabeleceu uma continuidade da Conferência de Alma-Ata e Ottawa, em relação às políticas públicas para a saúde, destacando entre elas, as Políticas Públicas Saudáveis, cujo objetivo era evidenciar como as políticas públicas da maioria dos setores de governo são meios potencializadores e influenciadores dos determinantes da saúde (DECLARAÇÃO DE ADELAIDE, 1988).

Em relação à terceira Conferência Internacional de Promoção à Saúde – “Ambientes Favoráveis à Saúde”, Sundsvall/ Suécia (1991) aponta para a situação das condições desfavoráveis de moradia de milhões de pessoas em todo mundo, que vivem em situação de extrema pobreza, destacando a impossibilidade de cumprimento da meta “Saúde Para Todos no Ano 2000”. O texto da declaração é um chamamento à ação, direcionada aos políticos e os outros atores sociais responsáveis pela tomada de decisões nos diferentes setores e níveis sociais, além de convocar os defensores ativistas dos movimentos de saúde, meio ambiente e

justiça social no sentido de unirem forças para atingir a meta de “Saúde Para Todos no Ano 2000”. A saúde e o ambiente favorável à população são dois aspectos prioritários e não devem ser tratados separadamente, pois o desenvolvimento sustentável está ameaçado devido ao crescimento da população que vive sem estruturas básicas de sobrevivência, como água adequada para consumo, comida e moradia com saneamento. Os ambientes favoráveis promotores da saúde devem atender as dimensões: física, social, espiritual, econômica e política de uma comunidade (DECLARAÇÃO DE SUNDSVALL, 1991).

Na América Latina em 1992, foi realizada a I Conferência de Promoção da Saúde realizada em Bogotá/Colômbia. O documento redigido referente na Conferência demonstra inquietações referentes à participação da sociedade no processo de tomada de decisão saúde e qualidade de vida, com a proposta sociopolítico, visando à ampliação do poder do indivíduo e da comunidade no enfrentamento dos determinantes de Saúde e Doença (DECLARAÇÃO, BOGOTÁ, 1992).

Muitas vezes, deve-se ter um olhar crítico para as propostas de promoção da saúde, pois, o discurso de promoção da comunidade no controle social e na sua participação pro – ativa nos determinantes da saúde, pode estar sendo apresentado como pano de fundo para as questões de práticas neoliberais e conservadoras, mascarando a escolha espontânea, a partir de uma lógica de mercado, estimulando a responsabilidade do sujeito, suavizando a do Estado.

Posteriormente, com o intuito de se refletir sobre o que se aprendeu em relação à promoção da saúde, voltar a examinar os seus determinantes e apontar a direções e estratégias para a mesma no século XXI. A 4ª Conferência Internacional de Promoção à Saúde, a primeira a ser realizada num país em desenvolvimento, que ocorreu em Jacarta/ Indonésia (1997), destaca que “(...) a promoção da saúde é um investimento valioso (...)” e “(...) elemento essencial para o desenvolvimento da saúde”. Aponta os novos desafios como pré-requisitos para a saúde: “(...) paz, abrigo, instrução, segurança social, relações sociais, alimento, renda, direito de voz das mulheres, um ecossistema estável, uso sustentável dos recursos, justiça social, respeito aos direitos humanos e equidade. A pobreza é, acima de tudo, a maior ameaça à saúde” (DECLARAÇÃO JACARTA, 1997, p. 3).

O documento enfatiza ainda a necessidade de novas respostas frente às ameaças emergentes da saúde, sendo a cooperação essencial no processo. Determina como prioridade para promoção da saúde no século XXI a responsabilidade social para com a saúde, destacando que os que tomam as decisões necessitam estar comprometidos com essa responsabilidade, tendo como um dos requisitos proteção do meio ambiente, restringindo a

produção e comércio de substâncias e produtos prejudiciais (álcool, armas) à saúde (DECLARAÇÃO JACARTA, 1997).

O processo de globalização da economia e a modernização tecnológica já caminhavam a passos largos desde a Conferência de Jacarta; o mundo se dividia entre prós e contras à globalização, gerando assim, conflitos entre os povos. Foi diante desse novo cenário que se pensou nas propostas da conferência acima citada.

Então, no ano 2000, na Cidade do México/México, realizou-se a V Conferência de Promoção da Saúde – “Das Idéias às ações”, foi diferenciada quanto a sua metodologia, uma vez que rediscutiram os assuntos e viram, a partir das necessidades da humanidade, a importância de um mundo equitativo (DECLARAÇÃO MÉXICO, 2000).

Diante dos indicadores de que a crise havia aumentado e os compromissos não tinham sido cumpridos, seguiram o mesmo norte das declarações realizadas anteriormente, pois abordaram questões que envolviam a promoção social e compromisso pela saúde, bem como o desenvolvimento das competências comunitária e do *empowerment*, destacando o envolvimento e a participação da sociedade no processo de promoção de saúde.

No mesmo ano, ocorreu em Salvador/Brasil o VI congresso Brasileiro de Saúde Coletiva no qual se discutiu as novas práticas terapêuticas e corporais, no intuito de um novo olhar ao “(...) processo de ressignificação cultural de ações, relações e representações sociais relativas ao adoecimento e a saúde, e, mais geralmente, a vida coletiva na sociedade contemporânea” (LUZ, 1994, p. 136).

Percebe-se, em alguns momentos, que a referência da Promoção da Saúde em alguns países do mundo e a Saúde Coletiva no Brasil são abordagens que coincidem cronologicamente. Todavia, em relação aos conteúdos de suas proposições são diferentes.

Após quase vinte anos da primeira Conferência de Promoção da Saúde, foi realizada em Bangkok/Tailândia (2005), a VI Conferência Global de Promoção da Saúde – “Políticas e Parcerias da Saúde”. Procurou-se nesta conferência fazer parcerias com a Organização Mundial da Saúde (OMS) e outras instituições, no intuito de que estas parcerias pudessem colaborar para reestruturar estratégias a partir dos determinantes sociais de saúde, que foram realizadas para verificar os entraves através de uma análise sobre os pontos positivos e negativos da globalização no que tange aos aspectos de saúde (DECLARAÇÃO BANGKOK, 2005).

Apesar de não terem sido determinantes, os documentos supracitados influenciaram de certa maneira as políticas públicas para a saúde coletiva no Brasil. A condição de saúde almejada perpassa por princípios fundamentais da constituição brasileira, no qual a cidadania

e a dignidade da pessoa humana estão contempladas. Para que tais princípios sejam efetivamente consolidados, vários direitos devem ser respeitados, dos quais se destaca o direito à saúde que, entre outros, constitui os direitos sociais de acordo com a emenda constitucional nº 26 de 14 de fevereiro de 2000.

Pensar na saúde passou a ser não apenas o pensar na doença em si e como evitá-la ou curá-la, mas sim, um pensar voltado para a vida em sociedade, considerando não apenas os fatores biológicos, mas também os fatores culturais, sociais e ambientais, e ainda, como estes se relacionam no sentido de promover ou não a saúde do indivíduo, de modo coletivo ou individual.

A repressão vivida na América Latina nos anos 70 certamente foi o grande diferencial, já que na época as grandes endemias ocupavam o lugar de destaque no cenário da saúde no país, e se configurava na grande preocupação do momento. Assim, o sistema de saúde foi estruturado de modo centralizado e hierarquizado, com enfoque para o combate as grandes endemias e de algumas doenças de ‘pobre’; mas já se começava a perceber uma série de movimentos pensando em outros determinantes e novos modelos de atenção à saúde, emergindo desse modo nos anos 80 a abordagem de Saúde Coletiva no Brasil. (MENEGHEL, 2006).

Se por um lado em países desenvolvidos, como o Canadá, por exemplo, em que a democracia já estava instalada e com um sólido sistema de proteção social e um sistema de atenção à saúde universalista com origens que remontam desde a década de 1960, a promoção à saúde tinha por objetivo manter a qualidade do sistema, contenção de custos e dar uma resposta eficaz aos desafios postos pela transição demográfica e epidemiológica (CARVALHO, 2007).

O Brasil passava por um momento de profunda repressão, num sistema de negação dos direitos do cidadão, uma concentração de renda escandalosa, uma sociedade autoritária e carente. Diante desse contexto histórico, os rumos da saúde coletiva no Brasil se deram no sentido de compatibilizar os princípios e estratégias na busca de criar um sistema nacional de saúde com a participação na luta pelos direitos sociais e políticos. Desse modo, a busca pela criação do sistema nacional de saúde esteve vinculado a um processo mais amplo, foi também o da busca pela consolidação da cidadania.

1.1.2 Considerações sobre a Saúde Coletiva no Brasil

A Saúde Pública no Brasil passou por profundas transformações no século passado, mais notadamente no final da década de 1980 quando o direito à saúde, deixou de ser uma simples assistência e passou a ser um direito garantido pela Constituição de 1988, em seu art. 196, o qual afirma que o direito à saúde é “(...) garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos (...), o seu acesso é universal e igualitário e suas ações e serviços visam à promoção, proteção e recuperação dos sujeitos (VADE MECUM, s/p.).

É bem verdade que o assistencialismo ainda existe, mas, muito se avançou no setor da saúde no Brasil. Destacaremos duas correntes contemporâneas que se fazem presentes nas estratégias de saúde, a saber: a Corrente Vigilância da Saúde e a corrente Em Defesa da Vida.

Segundo Carvalho (2007), a corrente Vigilância da Saúde propõe mudanças na organização tecnológica do trabalho em saúde, articulando a tais mudanças os avanços da Epidemiologia Crítica, ao mesmo tempo em que se propõe repensar durante o processo as práticas de prevenção e promoção da saúde. A saúde, entendida como um produto social, naturalmente passa a se relacionar com as questões sociais de forma mais ampliada, visando diversos aspectos como os econômicos, políticos, cognitivos e outros. Ao conceber a saúde como um resultado de práticas sociais, passa a ser necessário então que a prática sanitária seja dissociada do paradigma flexneriano, deixando de lado o mecanicismo, o biologismo, o individualismo e a ênfase na medicina curativa.

A corrente Vigilância da Saúde aponta para uma prática sanitária com base no modelo conceitual da Produção Social da Saúde, suavizando o distanciamento entre as práticas curativas e preventivas. De acordo com essa corrente de pensamento, o meio social possui um importante papel na determinação do estado de saúde, assim, busca elaborar estratégias de organização de modo heterogêneo, diferentemente do modelo flexneriano, pois considera que as políticas e práticas devem assumir configurações específicas de acordo com a situação de saúde em cada localidade (país, estado, cidade).

As estratégias da corrente Vigilância da Saúde propõem que haja o enfrentamento da doença, deslocando a ênfase nos serviços de atenção à saúde. A ausência de doença deixa de ser o foco de atenção, passando a fazer parte dos interesses da assistência à saúde os problemas relacionados às condições de vida da população, e assim, extrapola a prestação de serviços clínicos assistenciais, buscando intervir nos problemas determinantes.

A corrente Vigilância da Saúde também preconiza que as ações sanitárias devem ser orientadas através de uma gestão social, preferencialmente um executivo local, uma vez que ao compreender a saúde como objeto de todas as políticas públicas, além das políticas de saúde, a gerência médica, realizada por um secretário de saúde, seria uma visão reducionista. Os distritos sanitários constituem um ponto de referência para as ações em saúde coletiva e se baseiam em três pontos-chave:

“(…) a existência de um território-processo onde diferentes atores sociais estão em permanente tensão (...); a direcionalidade das ações de saúde, próprias do setor e intersetoriais, para resolver problemas complexos que se manifestam na base territorial do distrito; a estruturação inovativa da prática sanitária da Vigilância à Saúde enquanto conjunto de operações organizadoras dos processos de trabalho em saúde, destinadas a enfrentar as causas principais dos problemas através de uma discriminação positiva dos grupos sociais que vivem no território (MENDES, 1993,p.94).

O território se configura num espaço social, produto da dinâmica social e em permanente construção. A corrente Vigilância da Saúde propõe que as ações sejam orientadas através de um trabalho epidemiologicamente orientado, quando o papel da clínica seria o de complementar a assistência no plano individual. O plano de assistência se inicia no coletivo, dando conta da assistência à população num dado território, passando para o individual de acordo com as necessidades. Nessa concepção, não se espera que haja uma demanda espontânea da clientela, mas preconiza que o atendimento deva ser orientado de acordo com as necessidades da população em um dado território, considerando os principais agravos e grupos populacionais prioritários (crianças, idosos, gestantes e outros).

As ações programadas através da oferta, organização dos serviços que se realizam no âmbito das unidades de saúde visam à integralidade da atenção, desse modo, as noções de territorialização, integralidade e atenção e impacto-epidemiológico, voltando-se para uma dada população no intuito do olhar epidemiológico para o controle dos agravos de saúde.

Nos anos 1990 várias estratégias de Promoção à Saúde foram emergindo, baseadas na Vigilância da Saúde, como por exemplo, o projeto de Cidades Saudáveis e com o seu avanço Programa Saúde da Família, quando os princípios e diretrizes da Vigilância da Saúde foram utilizados na base hegemônica do citado projeto influenciando nas atividades sanitárias brasileiras (CARVALHO, 2007).

É verdade que a corrente de Vigilância da Saúde está colaborando para concretização do Sistema Único de Saúde (SUS), no que tange aos aspectos evolutivos conceituais e práticos de pontos como Planejamento Estratégico em Saúde, Territorialização, Distrito Sanitário, Processo de Trabalho, Oferta Organizada e Cidades Saudáveis. Mas, por outro lado

a Vigilância à Saúde tem entre algumas lacunas, a de não considerar relevante o saber clínico acumulado durante a história. Emfim, é um projeto limitado por deixar à margem a subjetividade e voltar-se para os determinantes epidemiológicos.

Quanto à corrente Em Defesa da Vida, podemos destacar que também surgiu no final da década de 1980, a partir das atividades acadêmicas de um grupo de sanitaristas vinculados ao Departamento de Medicina Preventiva e Social da Universidade Estadual de Campinas e de trabalhadores da Secretaria de Saúde da cidade de Campinas.

Essa corrente caracteriza-se pela aproximação da teoria e da prática, critica os limites teóricos do arcabouço marxista estruturalista hegemônico e a ênfase excessiva às estratégias de ocupação de espaços governamentais. A corrente ainda considera que, embora importantes, as estratégias de territorialização, hierarquização, planejamento e programação, são insuficientes para assegurar uma transformação no modo de se produzir saúde. Um dos entraves para que a reforma brasileira se desenvolva, segundo essa corrente, é a resistência de mudanças no processo de trabalho. Assim, a corrente busca a criação de estratégias para agregar novos sujeitos nos enfrentamentos das mudanças setoriais, bem como a qualificação da gestão no intuito de transformações no processo de trabalho em saúde. O modelo de atenção na corrente é conceituado como uma categoria de mediação entre determinação histórico-estrutural e de políticas sociais e as práticas de saúde, compreendendo que este modelo é um fator-chave para viabilização e garantia dos princípios e diretrizes do SUS. Com base em tais princípios, a corrente busca ainda contribuir com a construção de um sistema de saúde pública, universal e equitativo, a produção de trabalhadores autônomos, criativos e socialmente solidários, visando também o fortalecimento da democracia, quando destaca o acolhimento humanizado da clientela e o estabelecimento de vínculos entre profissionais e usuários com a clara definição de responsabilidades (CARVALHO, 2007).

O encontro entre profissional e usuário deveria ser um encontro singular, fundamentado pela clareza da responsabilidade de ambos no projeto terapêutico e seguir na perspectiva da solução dos problemas de saúde; o usuário deveria ser valorizado como o agente ativo. Daí, a necessidade de se adotar uma nova cultura de atendimento baseado no diálogo entre o ser profissional e o ser paciente, pois a concepção de que a relação depende exclusivamente do profissional desconsidera e desvaloriza o usuário.

A corrente Em Defesa da Vida trabalha com um modelo social de determinação do processo saúde/doença, em que são enfatizados os aspectos ideológicos, culturais e psicológicos da vida em sociedade valorizando-se aí temáticas como o agenciamento humano, a produção do sujeito e a emancipação social. A doença, enquanto um fenômeno social, se

reflete através de relações plurais, pois o sofrimento individual é também um produto da história do sujeito inserido num dado contexto histórico. Os processos de sofrimento, de produção da subjetividade, de adoecimento, de morte, de desejo de viver influenciam na demanda por serviços de saúde e as lutas coletivas por acesso aos direitos e pelo ‘direito de terem direitos. A Defesa da Vida “(...) julga que um indivíduo saudável é o que possui sentimento de segurança para viver a vida, para criar valores e instaurar normas vitais a partir de seus desejos, interesses e necessidades individuais e do entorno social” (CARVALHO, 2007, p, 125).

Produzir saúde, nesse contexto, significa colaborar para autonomia dos sujeitos e dos coletivos nos diferentes modos de viver a vida, pois sendo a saúde uma produção social e subjetiva, cada sujeito deve dispor de meios necessários para resolver seus problemas de saúde, tanto os subjetivos quanto os materiais, sabendo que esses não dependem diretamente do setor saúde e sim da intersetorialidade.

O papel da clínica na corrente Em Defesa da Vida, embora criticado quando ela se fecha na tentativa do controle social, na qual reduz os sujeitos a objetos e a doença, é tido como importante. A corrente propõe um novo significado para clínica, quando requer um reconhecimento das contribuições históricas e renovação de alguns de seus elementos teóricos e práticos. A clínica deve assim incorporar elementos de promoção e proteção à saúde, além das questões de educação para saúde e saúde mental, através de espaços que possam produzir trocas de saberes e ações compartilhadas que abram caminhos para a subjetividade e influências sociais (CAMPOS, 1991; MERHY; CECÍLIO; NOGUEIRA, 1991).

Esta corrente propõe caminhos para descentralização das decisões partilhando o poder, e assim, estreitam as relações entre os gestores, profissionais de saúde e comunidade. Para contribuir na construção dessa corrente, existem algumas propostas como: O “Método da Roda¹⁴” (Método Padéia); a gestão da micropolítica do trabalho e as proposições em torno do sujeito e das mudanças.

Quanto ao “Método da Roda”, Carvalho (2007) relata que instiga o dinamismo entre as questões intrínsecas e extrínsecas do sujeito, assim é configurado:

(...) como ser que tem um núcleo ontológico e que, ao mesmo tempo, adquire valores a partir da interação com o social. Entende que, no momento em que

14 Paidéia é um processo social e subjetivo em que pessoas ampliam a capacidade de compreender-se, a si mesmas, aos outros e ao contexto, ampliando, em consequência a possibilidade de agir sobre estas relações. Operar com a função de apoiador "paidéia" implica na tentativa de ampliar a capacidade das pessoas de lidarem com o poder, com a circulação de afetos e com o saber. Lidar enquanto estão fazendo coisas, trabalhando, cumprindo tarefas. No fundo, é um modo para radicalizar a construção de cidadania e de sociedades democráticas (CAMPOS, 2001, p. 1).

indivíduos e coletivos produzem e transformam a realidade, eles se co-produzem e se transformam. Indivíduos e coletivos humanos são considerados sujeitos em ‘ transformação incessante e permanente pela qual as coisas se constroem e se dissolvem noutras coisas’ , sujeitos do devir, em relação dialética com o núcleo ontológico e com a sua história (p.136).

É na “roda”, construída pelos sujeitos, pelos trabalhadores e gestores que se forma o coletivo de atores e autores; a partir do coletivo, são ofertados, através do diálogo, algumas estratégias de saúde no curso do processo de trabalho para atender as demandas, que devem ser explanadas, discutidas e ponderadas para serem geradoras de ações estratégicas desencadeando intervenções e transformações do meio.

A proposta da micropolítica do trabalho¹⁵, vem instigar os gestores e profissionais de saúde, a um novo modo de se trabalhar com as estratégias de saúde e suas tecnologias¹⁶. Essas são classificadas como dura (como os equipamentos tecnológicos, as máquinas, estruturas organizacionais, normas que condensam em si saberes já materializados, acabados), leve/dura (saberes bens estruturados que direcionam o trabalho, como a clínica e a epidemiologia, entre outras) e leve (tecnologias de relações do tipo produção de vínculo, acolhimento), podendo ser desenvolvidas através de um trabalho vivo ou morto. O trabalho vivo possibilita um meio de atuar na comunidade em que vivemos, de uma forma que, o que foi estabelecido apontado, determinado, verificado, não está cristalizado, pois tem meios de suscitar um saber na produção de processos de trabalhos e novas relações (FERREIRA; MISHIMA, 2004).

Quando se comenta sobre a proposta do sujeito e da mudança na corrente Em Defesa da Vida, se lança um olhar, uma expectativa, sabendo que o núcleo está baseado no encontro entre sujeitos e estrutura; a mesma tem o propósito de instigar a geração de um:

(...) saber voltado para emancipação humana, entre os quais Marx, Gramsci, Foucault, Deleuze, Guattari, Freud, Sartre e Paulo Freire. Com base nesse referencial teórico e do diálogo com as práticas concretas de saúde, a Defesa da Vida vem propondo conceitos, estratégias e tecnologias de intervenção para o setor (CARVALHO, 2007, p.142).

Assim, a corrente Em Defesa da Vida é regida por alguns substantivos, verbos e adjetivos, como: poder, autonomia, mudanças, emancipação, sujeitos, coletivo, processo de trabalho, usuário/profissional, enfim, não é uma corrente cristalizada, delimitada, mas está buscando estratégias de ações e tecnologias visando às atividades e vivências nos espaços coletivos de promoção da saúde.

15 Proposta de Emerson Elias Merhy.

16 “ (...) discutir tecnologia não é discutir equipamento, nem o moderno e o novo” é mais do que tudo, discutir o proceder eficaz de determinados saberes e suas finalidades (Merhy, 1995,p.4).

1.2 Algumas Reflexões em torno do Direito à Saúde no Brasil

A base da Política Nacional de Saúde atual foi fundamentada nos resultados dos debates ocorridos a partir de dez eixos temáticos. Alguns deles serão brevemente comentados a seguir (BRASIL, 2004a):

- Direito à Saúde – o desenvolvimento econômico e o desenvolvimento humano social no Brasil nunca caminharam lado a lado; a divergência entre ambos é histórica e também estrutural, sendo um dos principais entraves para que o direito à saúde seja assegurado. É necessário para tal, políticas sociais e econômicas no sentido de assegurar o desenvolvimento econômico sustentável, distribuição de renda e de recursos materiais “(...) cabendo especificamente ao SUS a promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e das coletividades de forma equitativa respeitando as diferenças” (p.23). Outro ponto importante destacado nesse eixo temático foi o reconhecimento de que a indisponibilidade dos serviços de saúde no sentido de garantir a toda a população equidade e qualidade é um dos grandes problemas para que o SUS seja um “(...) sistema de atenção eficiente no cumprimento da universalidade e da integralidade” (p.24).

- Seguridade Social – a seguridade social é de responsabilidade da sociedade e do Estado; este deve implementá-lo, articuladamente à implementação das políticas de saúde, assistência social e previdência. A reestruturação do SUS retoma a saúde como integrante da seguridade social, o que exige a fusão de políticas de atenção formando uma rede de proteção social que atravessa todas as fases da vida do cidadão.

- Intersetorialidade das Ações de Saúde - articulação entre as políticas públicas para moradia, emprego, alimentação, educação, segurança pública integradas às políticas de saúde, tendo como referência a saúde da população como um indicador da qualidade de vida. “(...) A articulação entre os diversos ministérios é o caminho para a consolidação da Reforma Sanitária. Significa conferir prioridade a problemas de saúde e garantir sua abordagem de forma intersetorial como política de governo”. (p.44)

- As três esferas do Governo e a Construção do SUS - as dimensões territoriais do Brasil e a diversidade regional são apresentadas como dificuldades para que o dever de cuidar da saúde seja efetivado pelos governos nas três instâncias do poder governamental. A descentralização do SUS, com ênfase na municipalização da saúde, aparece como forma de solucionar o problema, definindo as competências de cada instância. A municipalização da saúde, entretanto não significa responsabilidade exclusiva dos municípios, mas uma gestão

dos recursos destinados à saúde, considerando as características e necessidades médias urgentes da população local. As instâncias estaduais e federais continuam responsáveis pela saúde, devendo apoiar os municípios, sendo necessário aprimorar o processo de pactuação entre gestores e as comissões bipartites (CBI) e tripartites (CIT) e os conselhos de saúde para consolidar a descentralização do SUS.

- A organização da Atenção à Saúde – o processo de organização da saúde está focado para práticas que garantem a universalidade do acesso e o acolhimento aos usuários; geração de vínculo entre profissionais e população; atenção integral, “(...) considerando as diversidades de gênero, idade, raciais, étnicas e culturais; o aumento da resolutividade; e a democratização com ampla participação de trabalhadores e usuários na gestão (...)”. A descentralização e as ações integradas das três instâncias do poder público são essenciais para se efetuar essa organização. (p.77)

- Controle Social e Gestão Participativa – um dos princípios fundamentais da Reforma Sanitária é o controle social da política de saúde dos SUS garantida constitucionalmente, contribuindo para a ampliação da cidadania, em que o usuário deixa de ser um mero consumidor de bens e serviços de saúde. O fortalecimento e estruturação de uma rede de Conselhos de Saúde faz-se necessário para o controle social do SUS, ademais da criação de mecanismos eficientes de escuta da população, “(...)reformulando o conceito e a dinâmica das ouvidorias do SUS, permitindo maior publicidade e transparência das prestações de contas e dos relatórios de gestão”. (p.101)

- Financiamento da Saúde - as discussões sobre financiamento da saúde são amplas; destacamos a Emenda Constitucional de 2000, que assegura a efetiva co-participação da União dos estados e municípios no financiamento dos serviços de saúde. Entretanto, em 2002, 17 estados e 41% dos municípios não gastaram o que deveriam nas referidas ações e serviços públicos de saúde. Ao propor a hierarquização e regionalização do sistema de saúde e a ênfase na atenção primária à saúde articulada a demais níveis, percebe-se que a perspectiva do SUS é de racionalizar seus recursos.

- Trabalho na Saúde - É uma competência fundamental por estar diretamente implicada na função de produzir saúde através dos profissionais que compõe o SUS, e que, são orientados e formados através de políticas de desenvolvimento e planejamento e geridos pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, e ainda baseados na Norma Operacional Básica sobre Recursos Humanos do Sistema Único de Saúde (NOB-RH/SUS).

- Ciência e Tecnologia – Esta política verifica as inovações tecnológicas e científicas a nível setorial, voltadas para efetivar dimensões da cadeia de informação dos indivíduos envolvidos na pesquisa em saúde. Deve ser de forma crítica visando o uso otimizado das tecnologias para não desencadear risco para comunidade e não comprometer o sistema de saúde

- Comunicação e Informação em Saúde - cabe ao Conselho Nacional de Saúde e ao Ministério da Saúde definir as estratégias para elaboração e implementação de políticas articuladas de informação, comunicação, educação permanente e popular em saúde, nas três esferas de governo. Deste tópico destacamos a educação popular em saúde, em que o texto propõe o fortalecimento dos fóruns permanentes que estão sendo criados pelo Movimento de Práticas de Educação Popular em Saúde com o apoio da Associação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular e Saúde (ANEPS) e do Ministério da Saúde (MS), inclusive um fórum virtual coordenado pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Então, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006b, p. 16) “(...) o direito à saúde, hoje, faz parte dos direitos humanos, mas nem sempre foi assim considerado ao longo da história”. Quando se fala em “direito à saúde”, logicamente faz-se referência ao conjunto de medidas e ações governamentais que promovam ao indivíduo uma condição de vida digna, na convivência com as suas condições biológicas e limitações individuais com os fatores externos que promovam agravos a integridade física, psíquica e/ou emocional.

Segundo Salamon, (2003), a proposta que o Banco Mundial apresentou “Políticas para um Brasil Justo, Sustentável e Competitivo” trazia em seu texto a agenda de reformas do país tendo como alvo, entre outros, a redução de gastos com a saúde. Pensamos que os autores da proposta “esqueceram” de contemplar a parte que trata de um “Brasil Justo”. Como ser justo reduzindo verbas de uma área (essencial à população) já tão desprivilegiado do ponto de vista de investimentos?

Nesse sentido, concordamos com o questionamento de quem realizou a proposta no que concerne à necessidade de expansão e crescimento da economia brasileira, uma vez que requer que o governo destine um maior percentual de verbas para outros setores, ligados mais diretamente ao crescimento econômico. Todavia, uma população “saudável” e, portanto, mais, “produtiva”, necessita ser atendida com qualidade, antes do agravo à saúde o que é uma condição importante para o desenvolvimento econômico. Nesse contexto de redução de gastos, é que começam a surgir os pensamentos de investimentos na saúde coletiva no nível primário de atenção, uma vez que manter um paciente num leito hospitalar custa muito caro

aos cofres públicos. Dessa forma, diminuem-se (teoricamente) as filas dos hospitais, e formam-se as filas nos postos de atendimento das USF's.

Comungamos da mesma idéia de que investir na atenção primária reduz gastos com internamentos hospitalares, favorecendo o crescimento econômico do país, entretanto, não nos esqueçamos de que, num país como o Brasil, considerando as dimensões geográficas, as diferenças econômicas de cada região, além da longa crise que afeta o setor da saúde há muito tempo, o investimento na atenção primária só irá significar redução de gastos, a médio e longo prazo. Se considerarmos a grande parcela da população que não tinha acesso a nenhum tipo de atenção à saúde, especialmente no interior, deverá realmente haver mais investimentos financeiros para se garantir o atendimento dessas populações, isto é, se realmente se pretende prestar um serviço de qualidade. Levará alguns anos para que a atenção primária venha realmente se consolidar como um nível de atenção que, além de melhorar as condições de vida da população, represente redução real de gastos com a saúde.

De acordo com Jorge e Koizumi (2004) considerando o ponto de vista econômico, qualquer problema de saúde pode ser classificado em duas categorias: custos diretos e custos indiretos; os custos diretos dizem respeito ao que se gasta com atendimentos médicos e outros recursos como diagnósticos, tratamento, recuperação, transportes e diárias de acompanhantes, entre outros; já os custos indiretos estão relacionados à perda de produção e produtividade ocasionadas pelo problema de saúde; aí se incluem os dias de trabalho perdidos e menor produtividade que pode ser gerada por limitação imposta pelo agravo à saúde.

Tramita no Congresso Nacional a regulamentação da Emenda Constitucional 29/2000 que define os percentuais de arrecadação de que cada esfera governamental deve dispor para os gastos com o setor de saúde assim distribuído: no caso de estados e municípios, precisam aplicar 12% e 15%, respectivamente, dos impostos recolhidos, já a União fica com a responsabilidade de aplicar o montante do ano anterior, corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB). Os entraves para votação da emenda são muitos e, enquanto se espera ser votada a emenda, dia após dia, as verbas destinadas para a saúde são usadas para outras finalidades. Enquanto não se regulamenta a emenda e não se definem claramente as ações efetivas de saúde, acabando com as distorções, o financiamento do SUS fica comprometido, assim como a melhoria do serviço prestado à população.

A falta de definições claras sobre o que caracteriza gastos com a saúde e qual a esfera do governo é responsável por controlar este setor, provocam um desvio de dinheiro destinado à saúde para outros setores, já que os governos são obrigados a enviar ao Ministério da Saúde

seus balanços dando conta dos investimentos realizados com as verbas repassadas, onde incluem tudo o que consideram gasto com Saúde (CONASS, 2005).

Incontestavelmente, a atenção primária à saúde corresponde a um importante meio de se conseguir elevar a qualidade de vida da população, ampliando, conseqüentemente as oportunidades de crescimento econômico do país. Entretanto, com apenas uma atenção primária à saúde realizada com qualidade e com comprometimento de todos, dos governos, passando pelos profissionais e chegando até a população, é que se chegará realmente a essa tão sonhada melhoria nas condições de vida no tocante a saúde.

Garantir acesso aos postos (unidades de saúde) não garante uma efetiva consolidação do que vem a ser uma atenção primária à saúde. A exemplo do que ocorre no campo da educação ao se garantir matrícula a todas as crianças, não se está garantindo uma educação de qualidade e, portanto, transformadora.

O grande aumento da quantidade (e pouca qualidade) de USF's por si só não garantem um atendimento eficiente. Os investimentos necessitam ir muito além da construção e ampliação de unidades, e também da contratação de profissionais das diversas áreas da saúde. A qualificação profissional e o reconhecimento desses é muito importante, constituindo uma das prioridades para melhoria dos serviços prestados pelo SUS. É necessário se ter em mente que sair do modelo curativo, focado na doença, para entrar num modelo focado na teoria do discurso preventivista sem ações eficazes, é também extremamente prejudicial à população, não apenas considerando os aspectos relacionados à saúde, mas também para o próprio desenvolvimento social, econômico e humano do país.

As conferências de promoção da saúde indicam uma trilha a seguir, principalmente por ampliar o conceito de saúde, mas, apesar desse avanço, revelam também imprecisões e algumas incoerências ressaltantes. Na compreensão de Carvalho (2005, p.67), isto ocorre porque os “(...) documentos principais têm um discurso politicamente correto que costuma agradar a todos os interesses facilitando, de passagem, a divulgação do seu ideário”.

Entretanto, todos os envolvidos no processo deveriam dialogar com as estratégias de promoção e com os processos de trabalho para a conquista, o fortalecimento e a preservação dos direitos sociais, sendo autores pró-ativos desse processo. Nesta dinâmica, algumas propostas existem como auxílio na reorganização e orientação dos processos de trabalho e do acolhimento humanizado, como exemplo, a educação permanente.

CAPÍTULO II

EDUCAÇÃO FÍSICA E A SEMENTE DO CUIDADO NO SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE

Aprendi a escrever lendo, da mesma forma que aprendi a falar ouvindo. Aprendi o cuidado, cuidando.

Adaptado de Mário Quintana (2005, p.573).

2.1 Os Caminhos da Educação Física na Atenção à Saúde

A semente do cuidado está sendo disseminada por diversos saberes no Sistema Único de Saúde. Nesse sentido, sentimos necessidade de tecer algumas considerações acerca dos desafios que envolvem a construção e a percepção do ato de cuidar a partir do olhar dos profissionais de Educação Física. Para tanto, pontuaremos algumas considerações referentes às origens do conceito de Educação Física durante o curso da sua história.

Percebemos, a partir de alguns estudos, que muitos paradigmas foram quebrados, outros construídos, tendências foram surgindo, algumas se consolidando, outras nem tanto. O termo "educação física" foi utilizado pela primeira vez por John Locke¹⁷ na Inglaterra (1693) e posteriormente por Jaques Ballexserd¹⁸ na França (1762). A apropriação do termo foi realizada por médicos que entendiam que educação física poderia ser associada tanto a cuidados higiênicos como a cuidados de tratamento, ou seja, um meio higiênico-terapêutico. Posteriormente, os militares apoderaram-se da expressão com o intuito de otimizar a aptidão física dos soldados. No entanto, os pedagogos moldaram-no para a escola como um meio inicialmente voltado cuidados higiênicos.

No Brasil, a primeira escola de formação de instrutores de Educação Física (Escola de Educação Física da Força Policial do Estado de São Paulo) foi fundada no ano de 1907, de origem militar e seguiu o ideário higienista/eugenista¹⁹ do final do século XIX. A época militarista da Educação Física foi marcada pelo adestramento do corpo para formar homens fortes e saudáveis com objetivo de proteger a pátria e posteriormente se enquadrarem na ordem capitalista que se formava. Trinta anos depois foi implantada nas escolas como disciplina obrigatória visando formar mão-de-obra necessária ao desenvolvimento industrial do país. Nesse contexto, de acordo com Soares (1994), a visão de corpo considerando apenas os aspectos anátomo-fisiológicos foram reforçados; força, agilidade, obediência. Nesse sentido, a disciplina era componente indispensável ao homem da época. Mas, como em toda área de conhecimento, a Educação Física também foi marcada pelo desenvolvimento científico, tecnológico, humanístico e sócio-cultural sofrendo influências de correntes filosóficas, tendências políticas, científicas e pedagógicas.

17 John Locke, filósofo predecessor do Iluminismo tinha como noção de governo o consentimento dos governados diante da autoridade constituída, e, o respeito ao direito natural do homem, de vida, liberdade e propriedade (BOAVENTURA, 2006).

18 Jaques Ballexserd médico francês publica "Dissertation sur l'éducation physique des enfants depuis leur naissance jusqu'à l'âge de leur puberté" (Paris, 1762) (BOAVENTURA, 2006).

19 Crença na qual o aprimoramento da raça se dava através da atividade motora.

Entretanto, ao pensarmos em um modo de referirmos a Educação Física enquanto prática, não existe um modo de pensar estanque, isto ocorre devido às diversas abordagens construídas ao longo da história no Brasil, a saber: a) concepções iniciais: higienista, militarista, esportivista, recreacionista; de acordo com Medina (1983): convencional, modernizadora, revolucionária: De perspectiva de Castellani (1988): biológica, psicopedagógica, histórico-crítica: Segundo Ghiraldelli Jr.(1990): racionalista e anti-racionalista. b) concepções pós 1980: psicomotricidade, desenvolvimentista, construtivista, crítico-superadora, crítico-emancipatória, saúde renovada, Parâmetros Curriculares Nacionais (PCNs)²⁰. Essas tendências estão relacionadas à atuação dos profissionais de Educação Física nas suas diversas áreas, principalmente na escolar. O que nos remete a pensar: Qual abordagem estaria vivenciando no momento em que o contexto das atividades também estão voltados para o cuidado em saúde em ambientes não formais, o que instiga um novo olhar sobre o sujeito²¹? (KUNZ, 2004; DARIDO; RANGEL, 2005).

O sujeito construído na perspectiva “(...) de natureza industrial, maquinica”, ou seja, essencialmente fabricada, modelada, recebida, consumida (...)”, também é um sujeito subjetivo. A subjetividade quando anunciada é a soma dos “agenciamentos de enunciação”. Para o autor, o conceito de sujeito está relacionado com o “(...) agenciamento coletivo de enunciação (...)” que “(...) não corresponde nem a uma entidade individualizada, nem a uma entidade social predeterminada” (GUATTARI; ROLNIK, 1986, p. 25,31).

Este conceito entrelaça-se nessa pesquisa com o poder da mídia e das tecnologias no que tange ao que é Educação Física, qualidade de vida, Promoção da Saúde e vida saudável na formação da subjetividade constitutiva do sujeito. As campanhas e os programas incentivam a prática regular de atividade física, o culto ao corpo, a beleza, a alimentação saudável, as condições de vida como um todo.

Destaca-se, também, o conceito de sujeito que Sader (1988) compreende quando menciona os movimentos sociais como algo decisivo na composição do sujeito social e histórico, que é autônomo na formação de um projeto que sofre influências externas, mas que está em contínuo movimento de rearticulação, na perspectiva de finalizar o projeto. Na coletividade do sujeito, “(...) nós nos encontramos, em sua gênese, com um conjunto de necessidades, anseios, medos, motivações, suscitado pela trama das relações nas quais ele se constitui” (SADER, 1988, p. 58).

20 Considerados por alguns autores como uma das Abordagens Pedagógicas da Educação Física (KUNZ, 2004; DARIDO; RANGEL, 2005).

21 Guattari e Rolnik, entende que “[...] uma micropolítica de transformação molecular passa por questionamento radical dessas noções de indivíduo, como referente geral dos processos de subjetivação” (1986, p. 32)

Então, o que está no projeto de vida desse sujeito, que pronuncia, participa e protege sua ideação? Sujeito subjetivo, construtor do ideal e real no seu imaginário, sujeito articulador, mas que também sofre influências da mídia, da tecnologia que determina hábitos de vida.

Quanto ao profissional de Educação Física, indagações surgem diante da fragilidade do que venha a ser Educação Física. Cuidador das singularidades no encontro com o sujeito? Executor de práticas verticalizadas? Educador? Técnico? Instrutor?

É verdade que a Educação Física "(...) surge das necessidades sociais concretas que, identificadas em diferentes momentos históricos, dão origem a diferentes entendimentos do que dela conhecemos" (SOARES et. all., 1992, p.50).

Percebe-se esta afirmativa no pós-guerra quando a Educação Física (através do esporte) aparece como uma forma de levar os alunos a aprenderem regras que por sua vez eram incontestáveis, baseadas na obediência para conquista do sonho utópico de se desenvolver uma nação a partir do método da eugenia utilizando como estratégia de ação a campanha “Esporte para Todos”, muito difundida na época devido à Copa do Mundo de Futebol, de 1970, quando o Brasil sagrou-se tricampeão mundial.

Assim, pode ser mencionado também que durante o curso de sua história, a Educação Física voltada para saúde se direcionou para dados estatísticos voltados para os determinantes biológicos, não que os estudos e pesquisas não sejam importantes, mas, desconsiderar os processos históricos da sociedade e intervenções para grupos sociais marginalizados é algo que também precisa ser pensado. O grande desafio é ressignificar a Educação Física de maneira que esta se permita refletir e operar no âmbito da Saúde Coletiva, ultrapassando uma ação tradicionalmente centrada no assistencialismo da atividade física voltados para níveis preditivos à saúde. Compreendemos que o profissional de Educação Física deve se envolver com os grupos sociais que não tem acesso às informações referentes aos cuidados com o corpo, aproximando-se também da atenção básica e das famílias, isto é, indo ao encontro da população e das políticas sociais e públicas.

O corpo, como fenômeno, tem várias dimensões. Sua representação não vem apenas de questões culturais e econômicas. Implica em poder. Percebe-se na indústria da beleza e nas imposições midiáticas toda a problemática que o envolve e que deve ser analisada sob a ótica das ciências humanas. Assim, naquelas, os cuidados com o corpo são observados na dimensão de uma cultura corporal que considera sua relevância social através de um projeto político-

pedagógico²², e na abordagem crítico-superadora²³, quando propõe reflexões coletivas envolvendo, o projeto histórico, “(...) o tempo necessário para a aprendizagem (que é o pedagógico), as condutas humanas, as decisões em conjunto, a compreensão crítica da realidade; a ludicidade e a criatividade. Os interesses, necessidades e intencionalidades objetivas e subjetivas” (DARIDO; RANGEL, 2005, p.13).

Atualmente, as necessidades sociais impõem a perspectiva da prática de atividade física, levando em consideração: a) o aumento da expectativa de vida ao nascer (longevidade) que conseqüentemente deve ser vivida com qualidade de vida, ou seja, diminuição dos agravos da saúde, bem como redução da incidência de doenças crônicas e degenerativas através de alimentação saudável e exercícios físicos regulares; b) a política neoliberal que impõe controle aos gastos públicos, fazendo surgir a necessidade de diminuir os custos dos serviços de alta complexidade; c) os meios de comunicação e a indústria cultural da beleza impõem um padrão de saúde almejado por muitos e alcançado por poucos, reforçando a visão reducionista, biologista e tecnicista da Educação Física.

Urge a necessidade de a Educação Física estar íntima das questões de saúde nos tempos atuais, pois o discurso de qualidade de vida para a sociedade ecoa nos corredores das faculdades, academias, clubes, mas o vínculo com o serviço público está com lacunas enormes se é que de fato ele existe; por que será? Neste contexto Carvalho (2004) comenta que a:

(...) proposta de aproximar Educação Física e Saúde Coletiva traz para a área da Educação Física discussões fundamentais no referencial das ciências humanas, o que pode contribuir para que os profissionais específicos compreendam sua prática pedagógica de maneira contextualizada, considerando os fatores culturais, históricos, econômicos e políticos, de modo que faça contrapondo à visão estritamente biológica do corpo e revelando os elementos da cultura corporal como manifestações e expressões humanas, portanto, com historicidade e significados (p.25).

Para a Educação Física ressignificar sua identidade nos atuais enfrentamentos da saúde voltados à Saúde Coletiva deve-se repensar o fenômeno corpo, tanto na construção de significados que lhes deem sentido problematizando-o nas discussões com as ciências humanas, contextualizando-o em uma pedagogia voltada para as propostas da Saúde Coletiva ou Promoção da Saúde do Brasil, ou seja, uma “Pedagogia do Cuidado” ou que irá ao encontro da cultura corporal do movimento inerente às reflexões das Ciências Sociais que por

22 Político devido à direção a ser seguida, pedagógico na possibilidade de reflexões sobre as atuações dos seres humanos nos fatos reais, mencionado suas determinações (SOARES et.al., 1992).

23 A proposta crítico-superadora utiliza o discurso da justiça social como ponto de apoio e é baseada no marxismo e neo-marxismo recebendo, na Educação Física, grande influência dos educadores Jose Carlos Libâneo e Demerval Saviani (DARIDO; RANGEL, 2005, p.12).

sua vez, comungam com os indivíduos na diversidade e vão além do exclusivamente biológico.

2.1.1 O que é Educação Física?

O mais antigo organismo institucional internacional que trata da Educação Física, a Fédération Internationale d' Education Physique (FIEP), foi fundado em 1923; desde então, tem influenciado as tendências em todo mundo sobre as competências que envolvem a Educação Física. A relevância deste órgão mundialmente desencadeou a necessidade da elaboração do primeiro Manifesto Mundial da Educação Física (1970) com o objetivo de orientar os caminhos da educação física em todo mundo como, por exemplo, tentar nortear e delimitar uma definição para Educação Física (RAMOS, 1971, p.15).

A Educação Física é o elemento da Educação que utiliza de maneira sistemática e como meios específicos, as atividades físicas e a influência dos agentes naturais: ar, sol, água etc. A ação "física" é considerada, hoje em dia, como um meio educativo de alto valor, porque empenha o ser na sua totalidade. O caráter de "unidade" da educação, por meio das atividades físicas, é universalmente reconhecido.

De acordo com, o Manifesto de 1970, a Educação Física se fundamenta em uma prática que trata:

(...) cada vez mais, de preparar as crianças e a ajudar os adultos e as pessoas idosas a reagir eficazmente, através dos respectivos equilíbrios psicofisiológicos, contra os efeitos nefastos da mecanização, da sedentariedade, da poluição e da fadiga nervosa provocada pelo ritmo precipitado e pelas tensões da vida civilizada. Deve-se procurar criar e manter o gosto pelo esforço físico e o sentido de uma vida sadia, a fim de possibilitar o indivíduo participar da luta contra os grandes males, tais como o alcoolismo, o tóxico, a preguiça física, a falta de entusiasmo (RAMOS, 1971, p.20).

A Resolução Nº 218, de 06 de março de 1997, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), determinou que os profissionais de Educação Física são profissionais da saúde. Após onze anos são poucos os estudos e pesquisas desta prática em políticas públicas voltadas para grande parcela da população. Várias políticas e estratégias tentam, ao longo dos anos, aproximar o profissional de Educação Física da grande massa da população. A mais recente estratégia foi a proposta dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NAFs), que foi lançada no início do ano de 2008. Essa proposta abre um largo campo de possibilidades para os

profissionais de Educação Física, uma vez que vislumbra outros espaços de processos de trabalho.

Em seguida ao reconhecimento como profissionais da área de saúde, surgiu um novo Manifesto Mundial da Educação Física redigido pela FIEP no ano 2000, baseado nas perspectivas de “Saúde para Todos”, traçadas desde a publicação da Declaração de Alma-Ata (1970). Conforme discutimos no capítulo anterior, tal manifesto não se restringiu apenas a uma definição mas a um propósito político da Organização Mundial da Saúde (OMS), para mobilização da consciência de que a humanidade tem direitos de usufruir do nível primário e mínimo de saúde, ou seja, a manutenção da vida em condições de independência funcional (produtiva) mínima para a sobrevivência sem depender de terceiros, pois, esta se configura uma diminuição de qualidade de vida (TUBINO, 2000).

Segundo o manifesto referenciado por Tubino, no Capítulo I (Do Direito de Todos à Educação Física) e no Capítulo II (O Conceito de Educação Física) a “(...) Educação Física, pelos seus valores, deve ser compreendida como um dos direitos fundamentais de todas as pessoas (...)”, assim, constituinte de um meio efetivo para a conquista de um estilo de vida ativo dos seres humanos “(...) é um processo de Educação, seja por vias formais ou não-formais”. Nesse sentido, ressalta ainda o referido documento:

Que ao Interagir com as influências culturais e naturais (água, ar, sol etc.) de cada região e instalações e equipamentos artificiais adequados; Que ao Utilizar atividades físicas na forma de exercícios ginásticos, jogos, esportes, danças, atividades de aventura, relaxamento e outras opções de lazer ativo, com propósitos educativos; Que ao Objetivar aprendizagem e desenvolvimento de habilidades motoras de crianças, jovens, adultos e idosos, aumentando as suas condições pessoais para a aquisição de conhecimentos e atitudes favoráveis para a consolidação de hábitos sistemáticos de prática física; Que ao Promover uma educação efetiva para a saúde e ocupação saudável do tempo livre de lazer; Que ao Reconhecer que práticas corporais relacionadas ao desenvolvimento de valores, podem levar a participação de caminhos sociais responsáveis e busca da cidadania (2000, art. 1º art. 2, p. 1,2).

O Capítulo VII – Educação Física como Educação para Saúde, foi elaborado a partir de estudos baseados no Manifesto de São Paulo (1999) para a Promoção da Atividade Física nas Américas, apoiado pela OMS e outras instituições nacionais e internacionais. Nele encontra-se destacado que o estilo de vida exigido nos dias atuais desencadeia o sedentarismo trazendo diversos distúrbios para o organismo, precisando-se de uma “(...) re-significação nas relações da pessoa consigo mesma, com o outro e com o meio ambiente (...)”, pois este modo de viver está interferindo, “(...) negativamente no desenvolvimento de suas relações sócio-culturais e ecológicas” (TUBINO, 2000, p. 11).

Conclui-se que a função da Educação Física para a Saúde será uma atividade que:

(...) possa atuar preventivamente na redução de enfermidades relacionadas com a obesidade, as enfermidades cardíacas, a hipertensão, algumas formas de câncer e depressões, contribuindo para a qualidade de vida de seus beneficiários, deve desenvolver hábitos nas pessoas de prática regular de atividades físicas (TUBINO, 2000, art.7, p.12).

Essas atividades estão inseridas na promoção e na recuperação da saúde, intimamente relacionadas à atenção básica, à saúde, que visa priorizar a qualidade de vida dos indivíduos no coletivo. Nesse sentido, trilha-se uma direção de proposta de política transversal, integrada e intersetorial, que estimula o diálogo entre as diversas áreas e setores como: sanitários, privados, não-governamentais, movimentos sociais, governamentais e comunidade, formando redes de compromisso e co-responsabilidade quanto à qualidade de vida da população em que todos sejam partícipes no cuidado com a saúde.

As formas de se fazer saúde, a diversidade de atividades, a universalidade dos modelos e também a utopia da saúde, podem ser encaradas não apenas no volume e na pluralidade das atividades e práticas designadas para busca do cuidado em saúde, mas, sobretudo, na tendência de ressignificar as atividades que antes não eram consideradas práticas de saúde e hoje começam a ser percebidas como tal. Hoje, tudo que envolve os seres humanos, pode promover a prática de saúde ou desencadeamento de doença, dependendo da intenção, intensidade, frequência, duração, quantidade e qualidade com que é feito ou não é realizado. Hoje, esporte, namoro, dança, relações sexuais, alimentar-se, dormir, trabalhar, caminhar, dentre outras atividades, podem ressaltar em ser práticas de saúde ou de adoecimento (LUZ, 1994).

No que tange à prática de atividade física, as políticas públicas avançam no sentido da consolidação desta estratégia como uma proposta eficaz, de custo benefício favorável à promoção a saúde de um grande número de indivíduos. Pode ser vislumbrada através das relações entre sedentarismo (como fator de risco) e estilo de vida ativo (como fator de proteção a doenças hipocinéticas e crônico-degenerativas), que é atualmente uma grande fonte de preocupação mundial no que se refere à Saúde Pública (ACSM, 2003).

Toda essa preocupação com as estratégias de saúde da população também foi algo voltado para previdência, pois, os governantes instigam esse homem ativo a mantê-lo para não gerar um colapso na economia. O Brasil esta entre os dez países com maior número de idosos no mundo; o índice de envelhecimento, que mede o número de pessoas idosas para cada 100 indivíduos jovens, indicou que no Brasil em 1991 tinha um índice de 21,0 e passou para 33,0

em 2004. No caso da Paraíba, em 1991 o índice era 23,9 e em 2004, 37,4, sendo o quarto estado com maior proporção de pessoas idosas, antecedida pelos estados do Rio grande do Sul (45,8), Rio de Janeiro (47,8) e São Paulo (38,6). Se considerarmos países como a Alemanha e a França, que levaram um século para chegar onde estamos e passaram ainda por duas guerras mundiais, o índice no Brasil vem avançando rapidamente. Podemos atribuir esse aumento principalmente à queda na taxa de fecundidade e à diminuição da taxa de mortalidade, observados entre os períodos de 1991 a 2004. De acordo com o IBGE (2008), em 1940 a vida média do brasileiro não alcançava os 50 anos; a expectativa de vida ao nascer aumentou em função dos avanços na medicina e melhoria das condições gerais de vida da população. Em 1980 a expectativa alcançou o índice de 60,2 anos, passando dos 70 em 2000 (70,4 anos). Estima-se que em 2050 seja alcançado um patamar no mesmo nível do Japão que é de 81,3 anos.

Com isso, a preocupação na manutenção do homem saudável, mesmo sendo direcionada à melhoria da qualidade de vida, abre espaços para uma equipe multidisciplinar, na qual o professor de educação física pode intervir com a proposta de reorientação do modelo de atenção à saúde, modelo este que é entendido como resultante do estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e co-responsabilidade entre os poderes políticos, os profissionais de saúde e a comunidade. Dentro desses espaços na Atenção Básica cria-se o Programa de Saúde da Família (PSF), hoje Estratégia de Saúde da Família, possibilitando ações de vigilância à saúde através de ações inter e multidisciplinares, visando o enfrentamento e a resolução de problemas identificados pela comunidade, gerando a integração e a promoção de atividades de cuidados à saúde (BRASIL, 1997; BRASIL, 2000).

Assim, o objetivo é cuidar da saúde para não cuidar de doenças; esse é o entendimento de base que se deve ter em mente nos cuidados a saúde. Segundo a Carta de Ottawa, a mudança dos modos de vida, trabalho e lazer tem impactos sobre a saúde, e esta deveria ser fonte de saúde para os indivíduos. A prática não tem se revelado bem assim. Vemos hoje que muitos profissionais tem jornadas de trabalho extremamente prejudiciais à saúde e, o lazer não é uma realidade vivenciada por todas as pessoas, pois, além da falta de tempo e disposição física em virtude de extensas jornadas de trabalho, muitas localidades não oferecem espaços adequados à prática de atividades de lazer, e quem não pode pagar um clube ou academia é privado de tal direito. O documento citado ainda enfatiza que:

A saúde é construída e vivida pelas pessoas dentro daquilo que fazem no seu dia-a-dia: onde elas aprendem, trabalham, divertem-se e amam. A saúde é construída pelo cuidado de cada um consigo mesmo e com os outros, pela capacidade de tomar decisões e de ter controle sobre as circunstâncias da própria vida, e pela luta para

que a sociedade ofereça condições que permitam a obtenção da saúde por todos os seus membros (DECLARAÇÃO DE OTTAWA, 1986, p. 2).

É partindo desses princípios e do entendimento acerca da atuação do profissional de Educação Física que, atualmente, alguns municípios promovem juntamente com os incentivos do governo federal, projetos na promoção de ambientes saudáveis e públicos, como construção e revitalização de praças e centros de esporte e lazer, melhoramento das vias públicas que servem como espaços para caminhadas e construção de ciclovias, entre outras ações, como necessidades tão prioritárias quanto a construção de novos postos de saúde. Não basta a população estar informada sobre como melhorar sua qualidade de vida através de atividades físicas; é necessário que as teorias se concretizem nas práticas, que necessitam de locais específicos para tal. “As políticas públicas devem favorecer a criação de ambientes de prevenção e promoção da saúde, favorecendo principalmente o acervo patrimonial cultural das comunidades e das regiões” (CBPIS, 2005, p.8).

Entende-se, diante da realidade, que o fortalecimento da Educação Física nos últimos anos é notável, especialmente no tocante à atuação na saúde. Hoje o profissional da área deixa de ser visto apenas como treinador, professor de academia ou de escola. O reconhecimento da importância das atividades físicas para manutenção da saúde, especialmente destacado pela mídia, foi bastante positivo para esse processo de afirmação da profissão. Muito ainda deve ser feito para que esse *status* alcançado se mantenha. Sem dúvidas, a capacitação dos profissionais tem papel relevante para refletirem suas práticas bem como de serem preparativas no sentido de ampliação de políticas públicas para a prevenção contra a doença e promoção da saúde.

É verdade também que a Educação Física pode majorar o aspecto social do sistema público, tanto no seu intercâmbio com as áreas de saúde e da educação de modo alargado, quanto no estreitamento dos laços com a comunidade que não está nas estimativas para consumir um serviço de atividade física em um serviço privado; a referência a este aspecto se faz porque as pesquisas internacionais chamam atenção para a categoria de classe social como um fator de influência a prática de atividade física (GRAÇA; ALMEIDA, 1998).

O que se compreende mediante as competências oferecidas na formação desse profissional durante toda a sua história, é uma formação voltada para grupos economicamente favoráveis ao consumo deste serviço que ainda é reforçado e instigado por campanhas vinculadas aos meios de comunicação para adesão aos cuidados com a saúde, cabendo ao indivíduo a responsabilidade de consumir saúde, caracterizando-se como estratégia verticalizada.

Notamos que os profissionais da área incorporaram, sem maiores debates, os pressupostos sobre a relação entre atividade física e saúde associada ao poder de remediar doenças. Contudo, observamos que os trabalhos científicos que abordam essas questões são voltados apenas para a comprovação de que a essa associação seja positiva para a saúde da população. Por outro lado, percebemos que existe uma lacuna e carência de trabalhos no sentido de consolidar a relação existente entre a educação física e os interesses da comunidade. Tal entendimento carrega uma compreensão reducionista de se pensar à educação física como sinônima de atividade física, quando esta última se classifica como qualquer atividade corporal que desencadeie um aumento no gasto energético acima dos níveis de repouso, como a tarefa de lavar pratos, por exemplo (BOUCHARD, 1994; CARVALHO, 2004).

Talvez, o discurso que mais se aproxime da prática da educação física voltada para o contexto da Saúde Pública baseado nas redes de proteção aos cuidados a saúde, seja a visão da educação física como uma estratégia de intervenção “(...) pedagógica que trata um conteúdo configurado/retirado do universo da cultura corporal de movimento (...)” de determinada comunidade ou grupo, na intenção da aproximação da proposta de saúde vinculada ao meio que estes já tenham como referência, ou seja, a Educação Física questionadora, que construa, juntamente com os indivíduos, “(...) o movimentar-se humano sob a ótica do pedagógico” (BRACHT, 1999, p.32).

Assim, pensar Educação Física em Saúde Pública implica considerar um profissional articulado desde a graduação com a proposta nacional de Educação Permanente instituída pela portaria 198 de Março de 2003, quando propõe que todos os cursos da área da saúde estejam integrados à proposta do Sistema Único de Saúde. Essa integralidade em saúde almeja um profissional que reflita a partir das impressões e inquietações do grupo ou indivíduo que esteja trabalhando o seu contexto histórico, econômico, cultural e a partir desse estranhamento situacional propor estratégias de cuidado em saúde.

O sentido do cuidado em saúde deve ser aquele que possa argumentar com os atores da comunidade vivenciando a prática desse cuidado, através dos profissionais de Educação Física, de forma dialógica e horizontalizada, para criação de ambientes favoráveis e promotores de saúde, tornando-se de fato uma “Academia Cidadã”, pois, se os envolvidos no processo não se contextualizarem nas atividades da comunidade, esta relação não se caracterizará de forma transversal, não gerará vínculos a médio e longo prazos, tornando-se apenas uma reprodução de academias de ginásticas que visam o biológico, esquecendo que as

práticas de promoção devem vislumbrar dimensões físicas, sociais, espirituais, econômicas e políticas da comunidade.

2.2 O profissional de Educação Física na Rede de Cuidados do Sistema de Saúde do Município de João Pessoa

“Ninguém é tão grande que não possa aprender,
nem tão pequeno que não possa ensinar”
(Baseado na obra logosófica de Raumsol)

Muitos questionamentos surgem a partir do que é sabido, ou seja, o profissional de Educação Física na sua formação ainda não enveredou de fato nas questões que envolvem os cuidados de saúde frente às necessidades da comunidade nos serviços públicos de saúde, nós não temos essa vivência. Isto é um entrave? Devemos ter esta vivência e formação antes de ir para os serviços públicos de saúde? O que será que nos impede de sermos cuidadores? O que será que nos restringem a não sabermos o que é cuidar e como devemos cuidar enquanto práticas de cuidado na Educação Física? Vejamos.

A Paraíba deu início ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em Boqueirão e adjacências no ano de 1992. Os trabalhadores mantiveram-se fixados em suas regiões de origem, pois um dos objetivos iniciais para a intervenção dos agentes na população pleiteada foi suscitar novos hábitos alimentares e de saúde, almejando diminuir a desnutrição infantil e prevenir doenças, além de articular e integrar os recursos existentes na região, promovendo a otimização do serviço na utilização de recursos laboratoriais e hospitalares públicos e conveniados, em Campina Grande. Por esta razão vários trabalhos referenciam Campina Grande como pioneira na inserção do PACS mesmo porque, em 1991, a República de Cuba foi visitada por políticos e especialistas paraibanos e em seguida, em 1993, tanto os médicos cubanos quanto os médicos do Programa Médico da Família de Niterói-RJ, orientaram os detalhes para formação das equipes de trabalho em Campina Grande (FUJIWARA; ALESSIO; FARAH, 1998).

Por que fazer referência ao programa do PACS neste trabalho? Primeiramente porque o PACS foi desenvolvido por pessoas da comunidade que não tinham formação acadêmica de nível superior, e mesmo assim conseguiram modificar a situação de agravos que existia na região; segundo, porque o PAC foi um dos trabalhos realizados na Paraíba, para descentralizar os meios de oportunizar cuidados de saúde à população. Além do trabalho do PACS, já

existiram outros trabalhos sendo desenvolvidos não com os mesmos atores e objetivos, esses eram desenvolvidos através dos movimentos sociais, pastorais e outros no Brasil inteiro.

Então, será que a semente do cuidado que foi plantada, poderá estar sendo germinada na visão do profissional de Educação Física, que até então era apenas valorizado no campo educacional e privado da saúde? Atualmente está sendo considerado pela esfera pública como um profissional da saúde, ampliando o campo da discussão do que vem a ser Educação Física, e qual será o seu papel daqui em diante perante a sociedade?

Ficar sempre à margem da saúde pública nos rendeu alguns entraves, porém com a adesão do Ministério da Saúde à proposta da Defesa da Vida²⁴ através da Clínica Ampliada²⁵, que propõe e inova a troca de saberes na saúde a partir da visão de que todos os atores envolvidos são importantes no cuidado a saúde, cada um com sua história, com o seu saber. O profissional de educação física também participar e falar qual o seu papel nesta nova construção da saúde no Brasil, mais particularmente neste trabalho na construção do Plano de Cuidados do Município de João Pessoa, é algo que gera expectativas, pois não sabemos de fato se esta semente irá ou não ser germinada, mas, ao menos, já foi plantada e está sendo cultivada.

A semente dos cuidados em saúde está sendo cultivada na saúde pública a partir do olhar do profissional de educação Física? Esta discussão é apenas o início de muitas outras a serem travadas, entre os profissionais de Educação Física e o seu papel na Saúde Pública. Baseio, essa afirmativa no fato de a referida atividade não estar consolidada na formação desses profissionais, por isso mencionam-se mais uma vez a necessidade da urgência em se falar sobre os moldes do que o SUS propõe para promoção da linha de cuidados à saúde da população. Cuidados? Que tipo de cuidados? O profissional de educação física também pode ser um cuidador? Ele pode ensinar o autocuidado à população? Como se dará esse processo? Ou essa questão do cuidado é algo apenas existente nos discursos oficiais?

24 Ao final da Década de 1990, a proposta teórica Em Defesa da Vida (SUS), consolida uma proposta organizativa e gerencial para hospitais e rede básica que recebe a denominação de equipe de Referência. Este arranjo procura, entre outros objetivos, contribuir para a constituição de espaços institucionais de co-gestão; estimular o trabalho interdisciplinar e facilitar a criação de vínculo entre os trabalhadores e os usuários da saúde (CARVALHO, 2007, p.132).

25 Se o desafio é humanizar a atenção e a gestão do SUS, temos, também, o desafio de criar instrumentos para que a clínica e a gestão sejam pensadas juntas, inseparavelmente. Entendendo que não só médicos fazem a clínica, mas todos os profissionais de saúde fazem cada um a sua clínica. A proposta da Clínica Ampliada os profissionais de saúde deve desenvolver o compromisso radical e singular com o sujeito doente; Assumir a responsabilidade com os usuários; Buscar ajuda em outros setores (intersetorialidade); Reconhecer os limites do conhecimento dos profissionais de saúde e das tecnologias por eles empregadas; Assumir um compromisso ético profundo (BRASIL, 2007a, p.3).

Em 1997, como já foi mencionado, este profissional foi delegado pelo Ministério da Saúde como um profissional da saúde, mas daí em diante apenas algumas universidades modificaram a sua grade curricular para se adequar às propostas do SUS. Na UFPB, por exemplo, ocorreram duas reformas curriculares após este período: a primeira, em 1999 e a segunda, em 2004. Por que motivo não foi inserida a proposta do Ministério da Saúde sobre Educação Permanente em Saúde (Quadro 1, p. 64) no Curso de Educação Física? Creio que esta seria uma nova discussão que não será abordada nesse momento. Essas discussões não poderão demorar, pois as linhas de cuidados permanentes na saúde voltadas para a proposta do “Método da Roda”, relatada anteriormente, necessitam da integração de todos, incluindo os seguimentos formadores dos profissionais da saúde para continuar avançando nas propostas. A roda mencionada na política da roda adentra no imaginário e se corporifica e sinaliza uma política pública questionadora, problematizadora e analisadora da gestão, do cuidado, da promoção e prevenção da saúde em um mundo capitalista, relativista e hedonista em que vivemos atualmente. Será audacioso ou utópico pensarmos na proposta de reconhecimentos de saberes contra hegemônicos? Será que é uma subversão, que sinaliza para a democratização da saúde?

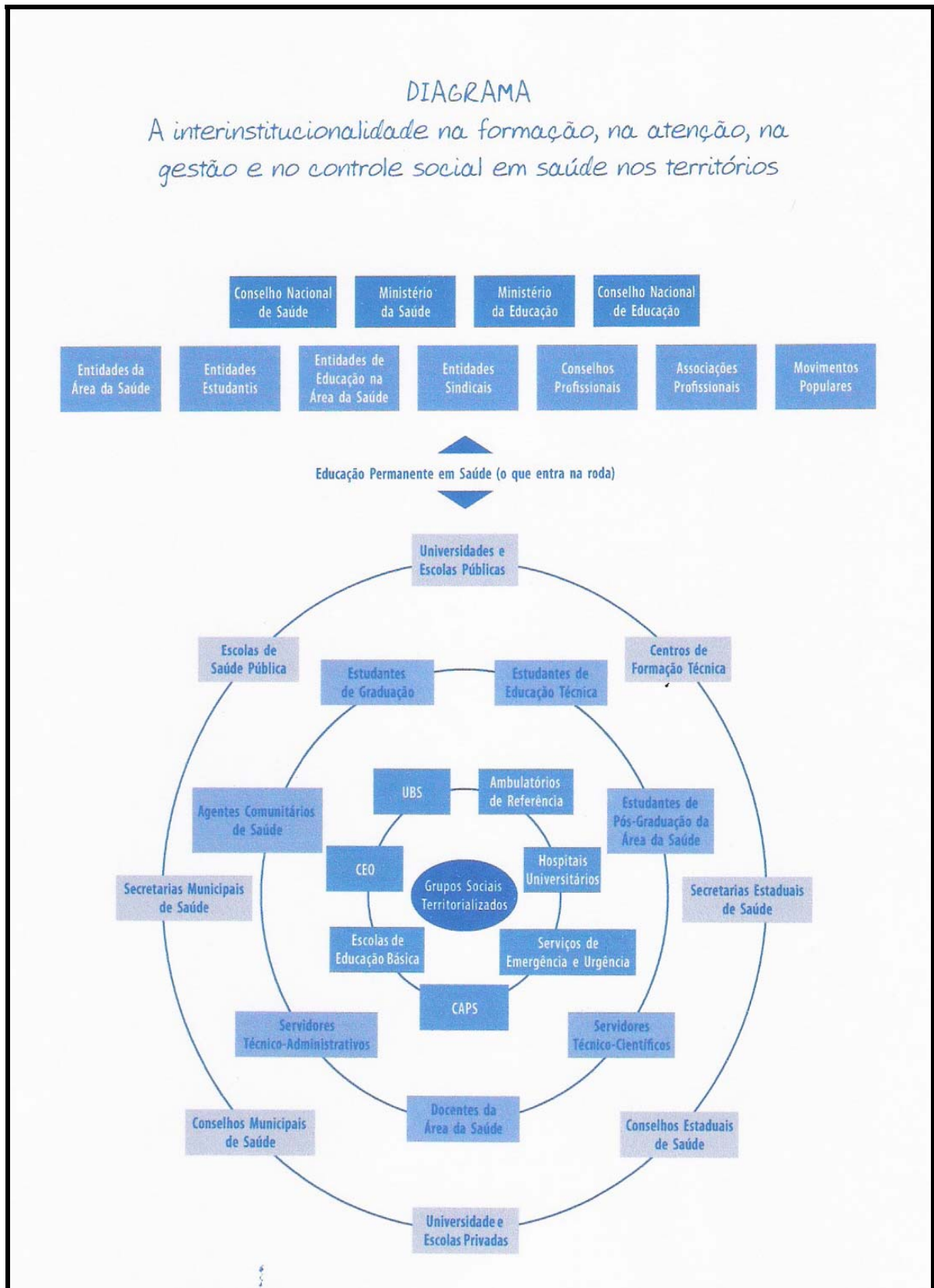
Voltando ao PACS, em minha avaliação, o projeto e, principalmente, os atores envolvidos e comprometidos abriram novos caminhos para se disseminar saúde no Brasil através de diversos olhares, muitas vezes, baseados na leitura de mundo de que tanto Paulo Freire nos fala através do seu legado, que o saber não vem apenas na formação acadêmica, o saber também vem da escola da vida, da labuta diária, dos erros e acertos, do dia-dia, e assim por diante. Sem muitas pretensões, observo que o projeto João Pessoa Vida Saudável – Academia Cidadã, também pioneiro na esfera pública em proporcionar a aproximação com os profissionais de Educação Física, irá também proporcionar outros olhares na otimização dos cuidados com a saúde da população, como também contribuir com mudanças no âmbito da atenção básica.

Falo isso devido aos pactos de saúde, realizados entre a Secretaria de Saúde, pontuados no Plano Municipal de Saúde de João Pessoa e o Termo de Compromisso da Gestão Municipal de João Pessoa, viabilizarem, na gestão, a interligação de todos os setores nas potencialidades de dar um novo significado aos cuidados à saúde através da clínica ampliada. Esta, dentre outros aspectos, oportunizou projetos como o João Pessoa Vida Saudável - Academia Cidadã, na promoção de mudanças de hábitos de vida da comunidade. Hoje o projeto citado ainda está com pouca visibilidade, porém, quem sabe, no amanhã

poderá trazer proporções positivas para a população e para a aceitação positiva dos profissionais de Educação Física na saúde pública.

Por essas razões, a investigação em torno do cuidado se justifica, pois, se a proposta desses profissionais é promover e instigar o cuidado com a saúde na população, estes devem ter algumas representações acerca deste fenômeno, que nos faz perguntar. Quais as representações sociais que os profissionais de educação física que trabalham na saúde pública têm acerca do cuidado? E como eles cuidam? Diante do contexto de não estarem preparados academicamente para isso, podemos pensar em não esperar muita propriedade em suas falas? Diante da interpretação de mundo e de todo o saber construído na vida acadêmica ou não, devemos tentar entender a leitura que essas pessoas têm sobre o cuidado durante toda a construção do seu ser e não poderemos supor que não poderiam ter propriedade para falar sobre este fenômeno no contexto da saúde pública, apenas porque não está disposto em sua formação curricular.

Então, a analogia do PACS com o João Pessoa Vida Saudável-Academia Cidadã, se é que posso fazê-la, será pertinente, porque instiga questionamentos. Será que as pessoas sem formação acadêmica de nutricionista e de sanitarista, apenas com noções prévias dos objetivos que devem ser alcançados conseguem mudar a situação de agravo na atenção básica à saúde de uma determinada comunidade? A proposta deu certo? Sim, ainda está dando certo; os agentes comunitários são uns dos atores mais importantes nesse processo. Hoje, percebeu-se que mesmo não sendo nutricionistas de formação, os agentes, previamente orientados, promoveram mudanças nos hábitos alimentares. A soma dos saberes adquiridos pelos agentes, com os saberes dos profissionais e da comunidade formaria a rede de cuidados; óbvio que no início foram experiências, e não tinham certeza se iria dar certo. Somente tinham como referencia as de outros lugares.



Quadro 1: Diagrama

Fonte: A educação permanente entra na roda: pólos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.p.29.

Então, baseado, no pressuposto da soma de saberes, acredito, como investigadora deste fenômeno, que os profissionais de Educação Física, a seu modo, juntamente com as comunidades e os gestores estão nesta troca de saberes entrando na roda e contribuindo para ela andar.

O olhar do SUS para promoção da saúde foi sendo percebido analogicamente a uma roda de movimentação contínua integrando os serviços, e construída a passos lentos, e que muitas vezes surgiram e ainda surgem entraves, conflitos e bloqueios a serem vencidos, pois, para proporcionar o movimento contínuo desta roda, não foi e não é tarefa fácil. O processo de tal empreendimento necessita do envolvimento de todos os atores e autores, quando motivados a descobrirem juntos o caminho para a roda girar. Antes, não sei, ao certo, se existia uma compreensão prévia disso tudo; hoje, a realidade que se apresenta é que este seria o pensamento: fazer saúde através das trocas de saberes, e que esta teria a educação permanente como uma das molas propulsoras. Mas, e os profissionais estão correspondendo? E a saúde da comunidade está melhorando?

2.2.1 Entendendo um pouco do Pacto da Saúde e o Sistema Municipal de Saúde em João Pessoa

A abordagem de Vigilância da Saúde está colaborando para a consolidação do SUS auxiliando o desencadeamento das ações e das definições de temáticas como Distrito Sanitário, Planejamento Estratégico em Saúde, Territorialização, Processo de Trabalho em Saúde, Oferta Organizada/Ações Programáticas e Cidades Saudáveis. É sabido que o modelo é restrito e não contempla a magnitude das necessidades em saúde, socialmente determinadas e ligadas às condições políticas, econômicas, culturais e históricas das comunidades. Fazendo o discurso do Coletivo baseia-se em objetivos a serem alcançados através de tecnologias duras, não se aproximam de estratégias mais amplas de cuidado integral aos indivíduos. O modelo não leva em consideração que a atenção em saúde deve ser singular, percebendo a subjetividade de cada indivíduo e a complexidade do processo saúde /doença. No entanto, atua no diagnóstico situacional de indicadores de saúde de uma dada região. Daí a sua utilidade.

A Defesa da Vida (DV) instiga o afunilamento da práxis, identificando entraves redimensionando o cuidado nas soluções dos ‘nós críticos’ encontrados na comunidade,

percebendo que as estratégias hierarquizadas, de demarcação de território, programáticas e planejadas, em alguns momentos são relevantes, porém não dão conta do processo dinâmico do cuidado em saúde. Um dos maiores entraves para esta corrente, na reforma sanitária brasileira, está na adesão ao processo de trabalho dos trabalhadores de saúde.

O Plano Municipal de Saúde de João Pessoa une através do Pacto pela Saúde, já mencionado anteriormente, a proposta da vinculação dos indicadores de saúde pela vigilância epidemiológica com o processo de trabalho proposto pelo pacto em Defesa da Vida na atenção básica. Desse modo, o Projeto aqui investigado está vinculado ao Departamento de Vigilância Epidemiológica, fazendo um elo a partir dos sujeitos da comunidade em um movimento com as equipes de Saúde da Família e destas ao Projeto João Pessoa Vida Saudável – Academia Cidadã, potencializando o serviço da atenção básica, na proposta de promoção da saúde e preenchendo as lacunas da vigilância epidemiológica.

Quanto à disposição organizacional do Sistema Municipal de Saúde a partir do Plano Municipal de Saúde, a cidade de João Pessoa faz parte do 1º Núcleo Regional de Saúde com mais vinte quatro cidades²⁶, e, com as demais cidades brasileiras, o eixo norteador para a organização da atenção básica são as Estratégias de Saúde da Família. As primeiras equipes no município foram instituídas em maio de 2000 em um total de sete; posteriormente, com o objetivo da expansão territorial e populacional das ações básicas de saúde, foram ampliadas para 39 equipes em 2001, chegando a 180 em outubro de 2004 (PMS, 2006).

A Secretaria Municipal de Saúde, a partir da resolutividade da gestão do SUS no município de João Pessoa, visando à organização da rede de cuidados progressivos de saúde, dividiu o município em cinco Distritos Sanitários referenciados anteriormente.

Inserida neste contexto, a organização da rede de serviços de saúde da atual gestão²⁷ em João Pessoa é desmembrada em diretorias: a) Administração e Finanças; b) Atenção à Saúde, que se subdivide nas gerências de Atenção Básica, de Rede e Serviços Especializados e gerência da Política de Medicamentos e Assistência Farmacêutica; c) Trabalho e Educação na Saúde, subdividida em gerências do trabalho e educação em saúde; d) Regulação Cartão SUS e SAMU; e) Vigilância em Saúde, composta das áreas de vigilância ambiental, epidemiológica e sanitária e centros de zoonoses (PMS, 2006).

26 Cidades que compõe o 1º Núcleo Regional de Saúde do Estado da Paraíba: João Pessoa, Alhandra, Baía da Traição, Bayeux, Caaporã, Cabedelo, Capim, Conde, Cruz do Espírito Santo, Cuité de Mamanguape, Curral de Cima, Itapororoca, Jacaraú, Lucena, Mamanguape, Marcação, Mari, Mataraca, Pedro Régio, Pitimbu, Riachão do Poço, Rio Tinto, Santa Rita, Sapé e Sobrado.

27 Gestão do Prefeito Ricardo Coutinho (2004 -2008).

Apesar da estrutura verticalizada de organizações das tradicionais instituições, elencadas nas diretorias do Plano Municipal de Saúde de João Pessoa, a gerência de Atenção Básica, que abrange as áreas, a saber: Territorialização e Cadastro, Saúde da Família; Hipertensão arterial e Diabetes; Tuberculose e Hanseníase; Saúde da Criança e do Adolescente; Saúde da Mulher e do Idoso está integrada em estratégias conjuntamente com a gerência de educação em saúde desejando a relação dialógica entre os profissionais que compõem a rede e a comunidade, aproximando os serviços dos conceitos de equidade e o serviço de qualidade, vislumbrando “(...) a construção do cuidado integral do usuário-cidadão em uma rede de relações humanizadas (...)” (PMS, 2006, p.45).

Será a dimensão do cuidado em saúde, nesta perspectiva, real?

Nesse sentido, a rede de cuidado integral ao usuário-cidadão em João Pessoa visa, através da integralidade das ações, a redução da incidência de patologias crônico-degenerativas não transmissíveis, almejando a melhoria da qualidade de vida da população e redução de custos econômicos, também com a criação do Programa João Pessoa Vida saudável - Academia Cidadã, fundamentada a partir da Estratégia Mundial sobre Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde, do Programa Nacional de Promoção da Atividade Física do Ministério da Saúde e a Política Nacional de Promoção da Saúde (Portaria nº687-2006)

A Academia Cidadã, a partir de ações preventivas e educativas, prioriza estimular a promoção de atividade física regular no “(...) intuito de orientar e informar a população dos benefícios oriundos da prática de atividade física, bem como motivá-la e envolvê-la para o desenvolvimento do autocuidado e hábitos de vida saudáveis” (SAÚDE, 2006, p.4).

Atualmente a Academia Cidadã está sendo desenvolvida em espaços abertos (praças) e associações de bairros; o profissional de Educação Física não se restringe à prática e ao monitoramento das atividades, realiza também anamnese²⁸ (Anexo 1) e avaliação física (medidas antropométricas – Anexo 2) dos indivíduos. Esta coleta informações desde a questão sócio-demográfica quanto às possibilidades da existência de patologias não transmissíveis; o profissional também fica responsável pelo planejamento e execução dos exercícios físicos e o registro do acompanhamento diário da pressão arterial e frequência cardíaca (Anexo 3).

Atualmente, as academias cidadãs irão contemplar, além das praças já mencionadas, mais duas praças neste semestre (2008.2) nos bairros de Jaguaribe e Bessa. Os horários estão sendo condizentes com a proposta inicial, porém o número de turmas não é fixo, existe uma variação dependendo do número de adeptos ao projeto, que, também não é rígido, existe uma

28 A anamnese (do grego aná = trazer de novo e mnesis = memória) é uma entrevista que tem por objetivo trazer de volta à mente todos os fatos relativos ao indivíduo.

flexibilidade, podendo existir mais de quarenta indivíduos por turma. Para participar da academia cidadã, os usuários precisam ser avaliados pelos profissionais de Educação Física, podendo ser solicitada também uma avaliação médica seguida de atestado relatando que o indivíduo está apto para prática de exercícios regulares.

No momento da investigação, o número de educadores físicos que atuam no projeto estava em torno de 19 indivíduos entre profissionais efetivos da prefeitura municipal de João Pessoa e acadêmicos (UFPB/UNIPÊ), de ambos os sexos (89% feminino e 11% masculino), com média de idade de 25 anos ($\pm 22/41$). Os mesmos foram selecionados através de currículo e entrevista. Existe uma média de três a quatro profissionais por praça. A necessidade de ampliação do quadro de profissionais depende da demanda de usuários. A atual proposta foi ampliar a disponibilidade de mais de um turno, o vespertino, para suprir a ampliação de mais duas praças e mais um turno de atividades. Para isso, foi necessária a adesão de mais 7 estagiários e 11 profissionais da rede municipal de saúde.

O projeto João Pessoa Vida Saudável – Academia Cidadã (Anexo 4/p.5) deixa clara a proposta de integração e necessidade dos demais profissionais de saúde sendo as Equipes de Saúde da Família (ESF) consideradas como:

(...) atores essenciais nesse processo, os quais participarão ativamente das atividades educativas, assistenciais e de monitoramento da população-alvo, junto à educação e esportes. Nos casos mais graves, detectados pela ESF, serão referenciados para a rede de especialidades do município para devida avaliação (SAÚDE, 2006, p. 5).

Infelizmente, esses profissionais, “atores essenciais”, ainda não estavam participando ativamente no momento da pesquisa, pois, à medida em que se avançaram os estudos da pesquisa em campo, percebemos a desinformação de alguns profissionais em relação ao número de habitantes que compunha a área de abrangência da Unidade de Saúde da Família (USF) de que o espaço da Academia Cidadã faz parte, tanto pela observação assistemática, bem como pelas respostas desse profissional nas perguntas de identificação do projeto.

O incentivo para assegurar a integralidade da saúde e produzir estratégias que viabilizem a autonomia e qualidade de vida dos cidadãos, visando o alargamento de possibilidades para uma vida favorável à saúde e, conseqüentemente, redução de incapacidades são reflexos da consolidação da política Nacional de Promoção a Saúde, como compromisso brasileiro com a implantação da Estratégia Global de Alimentação Saudável e Atividade Física proposta pela Organização Mundial de Saúde (EG/OMS), já mencionada, anteriormente:

(...) que os indivíduos adotem níveis adequados de atividade física durante toda a vida. Diferentes tipos e quantidades de atividade física são necessários para se obter diferentes resultados na saúde: a prática regular de 30 minutos de atividade física de moderada intensidade, na maior parte dos dias, reduz o risco de doenças cardiovasculares e diabetes, câncer de cólon e de mama. O treinamento de resistência muscular e equilíbrio podem reduzir quedas e aumentar a capacidade funcional nos idosos. Maiores níveis de atividade física podem ser necessários para o controle de peso (OMS, 2004, p. 8).

Os recursos financeiros foram repassados, tanto para o Estado da Paraíba (R\$ 70.000,00) como para o município de João Pessoa (R\$ 135.597,00), para este fim e são provenientes: do Ministério da Saúde, através da Portaria nº 2.608/GM de 28 de dezembro de 2005, e cabe para seu incentivo a estruturação de ações como revitalização das praças, compra de equipamentos técnicos, ginásticas, eletrônicos e áudios; da Secretaria Municipal de Saúde, cabendo a efetivação e integralidade com os demais profissionais de saúde da família e especialidades e outros insumos necessários para implementação dessas ações; da Coordenadoria Especial de Desenvolvimento de Esportes, responsável pelas construções dos quiosques de apoio para guardar os materiais e a vinculação dos profissionais de Educação Física da própria rede municipal com o Projeto em questão. A formalização dos convênios com as universidades, integrando a instituição de ensino superior com a comunidade, preparando este profissional dentro dos princípios norteadores da Educação Permanente em Saúde, visando a formação do profissional de Educação Física na Saúde Pública, é uma parceria da Secretaria de Saúde setor de Vigilância Epidemiológica (SAÚDE, 2006).

Como toda proposta que se inicia, acredito que este primeiro ano de projeto foi para a sensibilização e diagnóstico situacional da comunidade; todos os demais investimentos foram cumpridos, mais muitas atividades ainda tem para se fazer, principalmente a integração com as Equipes de Saúde da Família, fato determinado no projeto e almejado dentro das equipes.

A título de esclarecimento, existem outros seguimentos do Projeto João Pessoa Vida Saudável envolvendo o profissional de educação física, dentre eles: a) Escola e Saúde: “(...) espaço de sensibilização, mobilização e educação sobre os benefícios da atividade física regular. A população alvo serão as crianças das escolas municipais de João Pessoa e que estão cursando o Ensino Fundamental Incompleto (1ª a 4ª série)”; b) Esporte e Saúde: “(...) um espaço para que os adolescentes de 14 a 21 anos, que estão fora do seu horário de escola possam praticar esportes de forma orientada por profissionais de educação física”; c) Agita João Pessoa: “Espaço para informações e orientações dos benefícios da atividade física para a população” (SAÚDE, 2006, 6).

Vale ressaltar que se estas atividades ficarem restritas à prática de exercícios físicos regulares, como acontece nas academias, clubes e escolas, sem a educação permanente e a integração com os membros das equipes da saúde da família, visando o empoderamento da população, não será uma estratégia voltada para proposta de Cadeia de Cuidados Progressivos em Saúde, do SUS. Esta se baseia na perspectiva dialógica e no processo de educação em saúde entre os profissionais e estes com a comunidade, em trocas constantes de saberes. Essas estratégias deverão ser um caminho, em que possam refletir tanto no modo com que a comunidade lida com a saúde e a doença que repercute no corpo e/ou na mente, como no modo de produzir cuidado através da presença pró-ativa do profissional de educação física, pois esta promoção da saúde deverá romper com a concepção de saber cristalizado. Assim, irá ter uma repercussão positiva em longo prazo na comunidade.

CAPÍTULO III

OS SIGNIFICADOS DA “PEDAGOGIA DO CUIDADO” NA PERCEPÇÃO DO PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA

Cuidar é mais que um ato; é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro (BOFF, 2001, p.33).

3.1 Algumas Características e Considerações sobre o Cuidado

Segundo os filósofos, as palavras estão grávidas de significados existenciais que normalmente se iniciam a partir de um núcleo originário para posteriormente desenvolver outros significados afins. Dentro desta perspectiva, se pensou na necessidade de uma abordagem inicial que considerasse a filologia e a etimologia acerca do cuidado.

Filologicamente, a palavra cuidado está vinculada à expressão latina *care*. Como substantivo, deriva da palavra gótica *kara* e significa aflição, pesar ou tristeza; na forma verbal, cuidar, significa “(...) ter preocupação por ou sentir uma inclinação ou preferência (...)”, ou ainda “(...) respeitar, considerar no sentido de ligação de afeto, amor, carinho e simpatia (...)” (WALDOW, 2001, p.30).

O cuidado, como derivação do latim *care* (cura), constitui um sinônimo erudito. A palavra *care* deriva de *coera*, termo latino mais antigo, e ambas são usadas, num contexto de relações de amor e amizade, para expressar uma atitude de cuidado, de desvelo, de preocupação e de inquietação pela pessoa amada ou por um objeto. A filologia revela vários conceitos para o termo cuidado; o mesmo origina-se de *cogitare-cogitatus* (*pensar- pensado*) e de sua forma alterada *coyedar, coidar*, que também leva o significado de cura, na medida em que cuidar²⁹ implica em pensar, cogitar, colocar atenção, interesse, demonstrar uma atitude de desvelo e de preocupação (HEIDEGGER, 2006; BOFF, 1999).

Segundo alguns autores, o cuidado surge quando a existência de alguém tem importância para o sujeito cuidador. Esse pode relacionar a natureza da palavra em duas significações básicas e intimamente ligadas entre si: a primeira, uma atitude de desvelo, de solicitude, diligência, zelo, bom trato e de atenção para com o outro, e a segunda, uma atitude de preocupação, responsabilidade e inquietação advindas do envolvimento e da ligação afetiva com o ser cuidado por parte da pessoa que cuida (SILVA, 1997; BOFF, 1999; WALDOW, 2001).

As atitudes relacionadas ao cuidado podem assumir ainda características de sinônimos de palavras como imaginar, meditar, empregar ou prevenir-se. Assim, parece que a filologia da palavra cuidado indica que cuidar é mais que um ato singular; é um modo de ser, mediante o qual a pessoa sai de si e centra-se no outro, ou seja, é a forma como a pessoa se estrutura e se realiza no mundo com os outros (BOFF, 1999; WALDOW, 2001).

²⁹ É esclarecedor notar que o verbo “cuidar”, em português, conserva também o significado original de pensar, cogitar, como na frase: “Não cuides que ando esquecida de ti. É que tenho tido trabalho demais.”

Etimologicamente, as conotações da palavra cuidado diferem nos vários países em que a palavra é utilizada. Em Portugal como aqui no Brasil, a palavra cuidado está associada ao verbo cuidar, com o significado já referido na língua latina, remetendo para a idéia de atenção e olhar ao outro, implicando a concretização de um processo de prestar e receber cuidados. Se recorrermos a um dicionário de Português, constataremos que cuidado é um substantivo, sinônimo de cautela, precaução, receio, angústia, ansiedade, ânsia, aflição, inquietação, preocupação, atenção ao outro, o que remete para solicitude, delicadeza, empenho, interesse, carinho e afeto. A palavra cuidado ainda pode ser utilizada como adjetivo, sinônimo dos adjetivos: imaginado, meditado, presumido, pensado e refletido, construtivo, necessário. Estes significados contribuem para que se compreenda o cuidado também como a ação ou atitude com sentido de precaução ou prevenção, realizadas de forma bem pensada, refletida e racional.

Assim, o cuidar esteve, durante muito tempo, associado ao cuidado informal efetuado dentro do grupo familiar, relacionado com o *self care*, com o dar e receber, acarretando a idéia de reciprocidade, proteção e apoio, bem como sentido de responsabilidade. Dar e receber cuidados remetia para uma determinada necessidade, envolvendo um processo de socialização, prevenção e proteção frente aos riscos e de promoção da autonomia e independência. Nesse contexto, aprecia-se a ligação dos cuidados realizados pelas mulheres e acolhidos pelos demais membros do espaço familiar.

Na pesquisa realizada por Morse (1990), foi examinado o conceito de cuidado entre trinta e cinco pesquisadores, identificando-se entre eles cinco perspectivas epistemológicas: (a) cuidado como um estado humano, (b) um imperativo moral ou ideal, (c) um ato de afeto, (d) um relacionamento interpessoal e (e) como uma intervenção da enfermagem ou dos cuidadores.

Milton Mayeroff, citado por Boff (1999), sugeriu em seu livro, *On Caring*³⁰, um comentário histórico e minucioso das experiências de cuidar e ser cuidado, desde os conceitos mais primitivos até sua visão pessoal sobre a idéia do que vem a ser o cuidado. O mesmo autor considera que o sentido de cuidar de uma pessoa é favorecer o seu desenvolvimento de maneira que essa relação cuidador/cuidado se torne uma troca de saberes. Esta perspectiva, porém, não nos leva a restringir a diversidade daqueles que serão objetos de cuidados, pois

30 Na língua inglesa o significado da palavra “cuidando” é nursing. A mesma na língua portuguesa tem sentido de cuidador ou profissional que executa o cuidado na saúde (enfermeiro (a)). Porém, o sentido da palavra caring (importar-se) para este estudo é o de cuidado.

esse outro a ser cuidado poderá ser não apenas um indivíduo concreto, mas um pensamento, uma pessoa, uma idéia, uma motivação, um indivíduo ou um grupo.

Neste trabalho, quando perguntamos aos sujeitos de nossa pesquisa “o que é cuidar?”, entre outras questões, deparamo-nos com variadas formas de abordagem, teorias, modos, vivências, falas de atores e autores do fazer saúde ou não, pessoas anônimas envolvidas nos processos de saúde, pessoas atuantes, diversos profissionais, comunidade, que podem expressar um emaranhado de hipóteses, de expressões e de representações, que podem estar inseridos em diferentes contextos ou apresentarem diferentes conceitos. Representações surgiram, emergiram; a maioria dos sujeitos sabe expressar o que representa para eles a palavra sobre a qual estão sendo indagados, estando ou não conscientes de propostas teóricas voltadas para educação ou para saúde, sabem o que é cuidar ou cuidado. Mas cada segmento, cada indivíduo, cada grupo social pode ter sua própria representação sobre este fenômeno aqui estudado. Ficou evidente, em uma leitura atenta do projeto, que os profissionais de educação física estão convocados a fazer parte da rede de cuidados que se baseia na integralidade da pessoa; mas será que eles sabem que fazem parte desta rede de cuidados? Que são cuidadores? Eles se consideram assim?

Percebe-se também que o projeto, em nível nacional, não está relacionado com a Atenção Básica e as Estratégias de Saúde da Família, muito pelo contrário está, vinculado a Vigilância Epidemiológica, mas, devido à flexibilidade da proposta (Em Defesa da Vida) da gestão do município de João Pessoa, foi possível este imbricamento. Cabe a cada prefeitura a possibilidade de articular os diversos serviços, coincidindo com uma proposta atualmente presente na rede de cuidados à saúde da população. O projeto menciona a importância, a necessidade e a presença da articulação nos seus objetivos para a atenção básica, quando menciona as Equipes de Saúde da Família, uma vez que a característica mais visível da atenção básica é o elo construído entre os servidores e a população, e os diversos setores almejando o encontro singular mediante os aspectos da clínica ampliada.

Estes encontros e suas singularidades desenvolvem os vínculos entre os profissionais de educação física e as comunidades. Percebemos os referidos vínculos através das observações assistemáticas realizadas durante a pesquisa. Estes por sua vez, talvez sejam os pontos fundamentais nesse processo de troca de saberes sobre a saúde e o cuidado. Podemos dizer que o profissional de Educação Física é um membro pro - ativo na construção dos cuidados à saúde na atenção básica. Atualmente o projeto está investindo na qualidade desse serviço ofertado à comunidade, melhorando o “(...) fluxo de conhecimentos e práticas entre os

diferentes serviços, um apoiando o outro, e o acesso dos usuários aos diferentes serviços de saúde, de acordo com suas necessidades de atenção” (SAÚDE, 2005, p.21).

Para servir a esta necessidade, focalizamos, neste estudo, a interface entre as Estratégias de Saúde da Família e o Projeto já que a Gerência de Vigilância Epidemiológica é subordinada à Diretoria de Vigilância à Saúde, que por sua vez “(...) tem buscado integrar as ações de vigilância epidemiológica³¹, ambiental e sanitária com a atenção básica e hospitalar” (SAÚDE, 2006, p.61).

Faz-se necessário lembrar que as praças em que estão sendo desenvolvidas as atividades físicas estão situadas nas áreas dos distritos sanitários e que, portanto, os profissionais das equipes da saúde da família, por sua vez, não podem ignorar o que se passa na área de abrangência de sua Unidade de Saúde da Família. De fato, as metas a serem alcançadas no Projeto João Pessoa Vida Saudável – Academia Cidadã coincidem com algumas relacionadas na “atenção básica”, principalmente no que tange aos processos de trabalho dos profissionais da ponta (Equipes de Saúde da Família), como, por exemplo, o controle de patologias crônico-degenerativas como a Hipertensão Arterial e Diabetes (HIPERDIA). Entretanto, essa realidade ainda não corresponde inteiramente à verificada nos relatos e tampouco no dia-a-dia dos profissionais de educação física que realizam esta proposta. Essa integração ainda não ocorreu de fato, mas existem alguns pequenos esboços iniciais, embora significativos. Nesse sentido, permanecem até o momento muito mais no discurso formal, no desejo e na necessidade frente aos problemas de agravos encontrados pelos profissionais de educação física na população. Este estado da situação aparece claramente através das falas dos profissionais entrevistados, extraídas das indagações referentes à identificação do programa (Apêndice A), confirmando que estas questões eram necessárias para compreendermos a realidade vivida hoje por estes profissionais e, através deles, os meandros de um projeto como o João Pessoa – Vida Saudável.

As discussões dos resultados deste estudo fazem referências ao ato de cuidar, ou ao cuidado, na forma de práticas de exercícios físicos voltados para comunidade inseridas no contexto de estratégias de saúde pública fundamentadas pelas propostas de promoção da saúde, que consideram os ambientes favoráveis como condutores da transformação da saúde de indivíduos. Assim, aqui procura-se fortalecer a idéia de que o profissional de educação física, em suas práticas e vivências pode ser um cuidador.

31 Está responsável através da seção de doenças e agravos não transmissíveis pelo projeto João Pessoa Vida Saudável – Academia Cidadã.

Uma vez reconhecido o educador físico como um cuidador, por ser um profissional da saúde, cuja prática é uma forma de cuidar, outros ângulos da questão sugerem outra reflexão: tais práticas estão configuradas e baseadas nas novas diretrizes nacionais para saúde, que delineiam a formação de profissionais articulados com os novos olhares exigidos para a atenção primária à saúde. Isso leva-nos à idéia de que o cuidado não se restringe apenas à dimensão corporal, pois esta formação contínua deveria ser um movimento único e indissolúvel “(...) do ser educador-cuidador, a possibilidade que pode ser buscada na operacionalização do conceito de Educare (*education and care*), aplicando aqui como educação com e para o cuidado” (GEIB, 2001, p.17). Outro ponto que mereceu uma reflexão foi o do significado do termo pedagogia junto ao fenômeno cuidado, ou seja, pedagogia do cuidado. Como ensinar cuidado ou práticas de cuidado, ou o sentido do ato de cuidar e autocuidar? Evidentemente o cuidado relacionado à saúde, mas também vivenciado na educação, fazendo uma relação sintetizada no conceito de Educare (*education and care*) (GEIB, 2001).

O método Educare, cuidado aliado à educação está indiretamente ligado à vivência acadêmica dos profissionais de Educação Física na sua formação, fazendo parte integral do ser profissional de educação física em todos os seus campos de atuação, quer seja na escola, na academia tradicional, ou mais atualmente nos sistemas de saúde. É bem verdade que este campo precisa ser estudado explicitamente, pois, quando se trata da promoção e modificações de hábitos de uma comunidade, ou qualquer que seja o objetivo a ser trilhado, precisa-se ter clareza dos pressupostos que fundamentam tais perspectivas de mudanças.

A palavra Educare foi inventada pela psicóloga Bettye Caldwell fundindo-se as palavras inglesas *education* (educação) e *care* (cuidado), em 1970. Este conceito foi introduzido no Brasil, a partir da década de 1990, quando as preocupações pedagógicas do Ministério da Educação colocaram novas diretrizes para educação infantil almejando o desenvolvimento da população através da promoção da saúde (CRUZ, 1996).

Educare é também a forma latina do verbo educar e deriva de: “(...) *e* ou *ex*, que significa de dentro de, para fora, e *ducere*, que significa tirar, levar”. Assim, pode-se dizer que a educação é a ação de extrair algo contido no interior de um indivíduo, ou seja, deixar este conteúdo aflorar. A educação com cuidado e para o cuidado justamente suscita aquilo que os sujeitos trazem dentro de si, envolve uma trama de diálogos, em uma lógica de empoderamento baseada numa troca entre os sujeitos, sem recorrer à dominação de um sobre o outro, mas sim estabelecendo uma relação de com-vivência e inter-ação (GEIB, 2001,p.33).

O Educare também estabelece possibilidade na relação pedagógica e assistencial encarregada de instigar às possibilidades dos sujeitos no decorrer das vivências do ser

educador/cuidador e do ser educando/cuidado em seu cotidiano. Pensando em uma educação com cuidado e para o cuidado, almejam potencializar a clareza do ser cuidador para o compromisso do ato vivo de cuidar, em um espaço que não tenha reservas para a liberdade de falas, nos entraves, crises, diversidade e negociação, no qual o ser educando possa descobrir-se em sua unidade e em seu meio como sujeito ativo da sua saúde iniciando a função também de educador-cuidador.

Este conceito amplo hoje é referência para diversas práticas voltadas para o cuidado com o outro, da psicologia à educação infantil, bastante utilizado na formação dos enfermeiros como cuidadores, pensando que, “(...) o cuidar que educa é o que leva a pessoa a assumir-se como responsável por si mesma. É a autonomia da pessoa no seu próprio cuidado, no cuidado de sua saúde” (SADALA, 1996, p.35).

Como podemos perceber, o conceito ampliado do cuidar, educar, ensinar, produzir, vivenciar o cuidado está hoje em diversas áreas do conhecimento, e comunga com as propostas do projeto em que os profissionais de Educação Física se fazem presentes na rede municipal de saúde; assim, urge a necessidade de debates nesta área, junto à formação dos profissionais de Educação Física, que por sua vez terá sua construção nesta área quando no seu cotidiano acadêmico existir uma atividade relacional entre a ciência e as singularidades, criando e recriando o educar e o cuidar, pois, apenas no cotidiano, surgem situações de ensino-aprendizagem que irão dar competências ao profissional de Educação Física e à comunidade em desenvolver ações cuidadoras.

Não se pode deixar de notar que estas propostas, que irão, certamente, trazer benefícios para comunidade, também podem atender aos interesses políticos dos gestores, pois estes precisam executar metas de responsabilidade social. O gestor Municipal projeta seu trabalho na perspectiva de uma aceitação positiva por parte da comunidade, já que é ele que aparece frente à população, uma vez que nem sempre fica claro para os sujeitos envolvidos que a parceria de maior contribuição vem da esfera Federal e que a execução ótima desse trabalho é obrigação de quem assumiu a proposta de gerir o município.

É neste ponto que o profissional de educação física, cuja formação ainda não lhe proporcionou a vivência do cuidado, representado e discutido na saúde em diversos espaços, públicos ou não, poderá recontextualizar sua representação social acerca deste fenômeno, mesmo porque a construção do ser profissional de educação física, completa-se não apenas pela formação acadêmica, mas pelas suas vivências como sujeito no mundo. A questão das representações do cuidado na atividade desenvolvida por estes profissionais na saúde pública torna-se ainda mais necessária diante da realidade de agravos já encontrados na sociedade.

Para tanto, perceber-se, por sua atividade, como um possível cuidador da área da saúde, exige deste profissional maior consciência sobre essa temática, pois o plano Municipal de Saúde do Município de João Pessoa está baseado em linhas de cuidados com a população.

Uma vez que cada indivíduo é único, hoje, talvez ainda mais na saúde do que na educação, são mencionadas várias formas de cuidar e ser cuidado e se cuidar, a saber: (a) o cuidado de si (FOUCAULT, 2006), (b) cuidado construtivo (MIGOTT, 2001), (c) cuidado transdimensional (SILVA, 2005), (d) o cuidado humano como um regate necessário para os seres (WALDOW, 2001), enfim, diversas formas, metodologias, discussões, e teorias relacionadas (Quadro 2) ao fenômeno cuidado. Vale salientar que a maioria delas fazem parte do universo da prática de enfermagem.

Este trabalho não abordará de maneira aprofundada as teorias e os cuidados referidos anteriormente, o que escaparia a seu escopo, porém eles foram aqui pontuados para percebermos que esta compreensão não é exclusiva de nosso enfoque e se encontram em construções nas mais diversas áreas de atuação e do conhecimento. Por outro lado, na discussão corrente sobre os diversos meios de se olhar para o cuidado, ainda não foram elaboradas teorias de cuidados especificamente em relação à profissão do educador físico. Nesse sentido, retomando alguns aspectos relativos à proposta do Educare, consideramos que esta seja a que mais se aproxime desse campo, pois relaciona a educação e o cuidado, ambos já discutidos na formação do profissional de educação física como dimensões diferentes, associadas às diferentes áreas da ação escolar, faltando justamente estabelecer entre ambos uma relação integradora.

Quando este profissional faz parte da construção de um serviço de promoção da saúde, provavelmente irá trazer para sua prática conhecimentos anteriores e agregadores na construção do ensinar e produzir cuidados preventivos para a saúde, através das práticas cotidianas de cuidar dos indivíduos da comunidade durante a atividade física programada com esse fim. Sua tarefa não se restringe, portanto, a produzir cuidados, podendo e devendo o profissional de educação física como outros profissionais das ciências da saúde ensinar (pedagogia)³² modos de cuidados ou de auto-cuidado na perspectiva de mudanças de hábitos para uma melhor qualidade de vida.

32 1. Teoria e ciência da educação e do ensino. 2. Conjunto de doutrinas, princípios e métodos de educação e instrução que tendem a um objetivo prático. 3. O estudo dos ideais de educação, segundo uma determinada concepção de vida, e dos meios (processos e técnicas) mais eficientes para efetivar estes ideais. 4. Profissão ou prática de ensinar (FERREIRA, 2005, s/p).

TEORIAS DO CUIDADO

Quadro 2: Teorias do Cuidado

Florence Nightingale	Teoria Ambientalista do Cuidado
Hildegard E. Peplau	Teoria da Interpessoalidade do Cuidado
Virgínia Henderson	Teoria dos componentes do Cuidado
Lydia E. Hall	Teoria Filosófica dos Círculos de Cuidado
Dorothea E. Orem	Teoria do Autocuidado
Dorothy E. Johnson	Teoria do Sistema Comportamental
Faye Glenn Abdellah	Teoria dos Problemas de Cuidado
Ida Jean Orlando	Teoria Interacionista do Cuidado de Enfermagem
Ernestine Wiedenbach	Teoria Prescritiva do Cuidado
Myra Estrin Levine	Teoria Clínica do Cuidado
Imogene M. King	Teoria dos Sistemas e Metas de Cuidado
Martha E. Rogers	Teoria da Ciência Humanista do Cuidado
Callista Roy	Teoria dos Processos Adaptativos no Cuidado
Betty Neuman	Teoria de Sistemas de Cuidado
Josephine E. Paterson e Loretta T. Zderad	Teoria Humanística do Cuidado e Método Fenomenológico do Cuidado
Jean Watson	Teoria da Ciência Filosófica do Cuidado
Rosemarie Rizzo Parse	Teoria do Significado, da Ritmicidade e da Co-Transcendência do Cuidado
Helen C. Erickson, Evelyn M. Tomlin e Mary Ann P. Swain	Teoria da Modelagem do Cuidado e da Modelagem de Papel no Cuidado de Enfermagem
Madeleine M. Leininger	Teoria Transcultural do Cuidado e Metodologia do Etnocuidado
Margaret Newman	Teoria do Poder Pessoal de Cuidado
Anne Boykin e Savina Schoenhofer	Teoria Solidária do Cuidado e do Cuidado de Enfermagem
Vanda de Aguiar Horta	Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Cuidado
Beatriz Beduschi Capella e Maria Tereza Leopardi	Teoria Sócio-Humanista do Cuidado
Rosalda Paim	Teoria Sistêmica do Cuidado
Joyce Travelbee	Teoria da Relação Pessoa-Pessoa no Cuidado de Enfermagem
Carlos Roberto Fernandes	Teoria da Ciência do Cuidado
Nébia Maria de Figueiredo	Teoria do Corpo da Enfermeira como Instrumento do Cuidado de Enfermagem

Fonte: <http://nursingcienciadocuidado.blogspot.com/2007/03/teorias-do-cuidado-e-do-cuidado-de.html>

3.3 O Projeto João Pessoa Vida Saudável – Academia Cidadã: representações acerca do Cuidado e do Ato de Cuidar

Os incentivos à prática de atividade física ditados pelos meios de comunicação, muitas vezes promovidos pelo governo federal, alertam a população para os problemas advindos do sedentarismo. Não podemos dizer que são negativos, pois atingem seu objetivo, ou seja, comunicam à população os benefícios que a atividade física regular pode trazer para saúde. Mas, se este mecanismo levar a população a adotar algumas das práticas, como a caminhada, por exemplo, sem orientações adequadas de um profissional, esta atividade gerará um resultado fisiológico que poderá desencadear benefícios ou malefícios para saúde? Há muitos debates em torno desta questão: uma corrente defende a posição de que é melhor caminhar de qualquer forma, porque assim o indivíduo deixa de ser sedentário; outra afirma que uma caminhada mal orientada pode gerar alguns agravos à saúde.

A mesma questão se pode levantar quando essa atividade física é praticada com acompanhamento de um profissional de Educação Física, realizando-se, porém a atividade pela atividade sem contextualizá-la. Isto não quer dizer que as atividades recreativas e de lazer não sejam importantes para a saúde. Elas certamente o são, contanto que as atividades recreativas ou outras sejam ressignificadas, fazendo parte de uma proposta de saúde, baseada em mudança de hábitos. Esta proposta já está colocada, com incentivos financeiros do Governo Federal e Municipal para que se desenvolva uma cultura voltada para a realização de exercícios físicos destinados à diminuição de agravos à saúde, orientada pela Vigilância Epidemiológica e pela Atenção Básica para garantir o objetivo de promoção da saúde.

Muitas vezes, ocorre uma massificação da atividade dentro de algumas estratégias, feita para atender solicitações dos dirigentes que adotam essa prática como proposta política, fazendo do profissional de educação física um mero executor de políticas públicas. Essa perspectiva é assentada na educação bancária, conforme analisa Paulo Freire, em sua obra “Pedagogia do Oprimido”. Essa forma de condução do trabalho do profissional de Educação Física remete à compreensão de que todos os corpos dos indivíduos inseridos no programa são iguais, ou seja, são tratados como corpos objetos.

Consideramos que é possível repensar e reestruturar essa prática pedagógica dialogando, criando possibilidades para a população, produzindo oportunidades para esses indivíduos se redescobrirem através de uma atitude reflexiva em que eles próprios vão construindo um corpo sujeito. Será que a proposta ofertada pelo serviço de saúde do município de João Pessoa pode servir a este objetivo? Não poderemos responder esta questão

com este estudo, pois, o mesmo verificou a prática desses profissionais através das suas representações sociais em torno do cuidado e através dos relatos de como eles cuidam.

Refletindo, lembrei-me de que certo dia não muito distante, em uma palestra sobre o trabalho em grupo, dentre outras questões, foi comentado um exemplo que me chamou atenção. O palestrante³³ citava um dos seus próprios textos sobre o modo com que os profissionais de saúde deveriam trabalhar em grupo junto à população, frisando que, entre outros aspectos, o cuidado da saúde de uma comunidade deveria proporcionar um ambiente favorável à troca de saberes, e que este ambiente deveria ser democrático e livre de amarras, como são, por exemplo, as características do ambiente de uma praça, não em sua estrutura física, mas na relação que a população estabelece nesse espaço público. O palestrante dizia que a praça é um ambiente público no qual há algumas pessoas que chegam e lêem um livro, outras caminham, outras brincam, outras observam, enfim, cada pessoa vivencia e experimenta o ambiente da forma mais própria e prazerosa possível. O palestrante comentava também que nossos grupos devem ser trabalhados dessa forma. Orientou, ainda, que todos devam ter voz e liberdade para comunicar o seu saber, pois só assim teremos o encontro entre os profissionais de saúde e os indivíduos sujeitos como participantes do cuidado em saúde em condições de igualdade.

A proposta do grupo estaria aberta para comunidade, mas cada sujeito decidiria integrar-se ou não à proposta ofertada. Para Merhy (2006, p.2):

(...) é relevante as várias maneiras de se ocupar um espaço constituindo-o como lugar de várias formas de instituí-lo, enquanto modos privados de produzi-lo, mas no qual a instituição de um privado não se incomoda com a existência da instituição de outro no mesmo tempo. Esta imagem é a de uma praça, na qual o espaço público é ocupado por vários diferentes instituindo seus usos sem o compromisso funcional de ter que realizar uma função única e específica, pois várias estão em produção. São vários os coletivos se intercedendo. Há até aqueles que vão para ver os outros. Há outros que vão só para ir. E, há outros que vão para fazerem alguma atividade própria, como a de jogar alguma coisa. Em uma praça o acontecimento é a regra e os encontros são a sua constitutividade. Nela há muitos “entres”³⁴.

No Projeto João Pessoa (PJP) Vida Saudável – Academia Cidadã constatamos que os profissionais de Educação Física identificam os sujeitos atendidos pelo nome, e estabelecem uma variedade de relações entre si próprios e eles, e deles entre si; fazem avaliações

33 Emerson Elias Menhy (Julho, 2008). Palestra proferida aos Servidores Municipais de Saúde, no auditório da Estação Ciências em virtude do término da Especialização em Gestão em Cuidados Progressivos a Saúde.

34 Entendemos que, quando Merhy menciona a palavra “entres”, o mesmo está se referindo, as diversas possibilidades que poderão se desencadear em uma praça, em uma ambiente, quando este espaço está aberto para as singularidades dos encontro entre os sujeitos.

periódicas, ensinam a população a verificar a frequência cardíaca como preditor de zona alvo de treinamento e como parâmetro de alerta para a frequência cardíaca máxima realizam atividades cardiorespiratórias, neuromusculares, de força, equilíbrio e coordenação e de sociabilização, utilizando os mais diversos instrumentos motivacionais, como equipamento de som, pesos, estepe, teraband, bolas, bastões e técnicas como o Pilates. Realizam ainda rodas de conversa e orientações das mais diversas. Nas minhas observações realizadas durante o transcorrer desta pesquisa, foi possível contemplar estes muitos “entres”, ou seja, cada sujeito podia escolher realizar várias atividades ou não realizá-las.

Segundo o último Relatório de 2008³⁵, que traça o perfil dos participantes do Projeto João Pessoa Vida Saudável – Academia Cidadã, verificamos que são participantes cadastrados: 2330 indivíduos, sendo 927 (39,79%) indivíduos não ativos e 1.403 (60,21%) ativos; desses usuários ativos, são assíduos, 666 (28,58%) e não assíduos 379 (16,26) (PMS, 2008).

Quanto ao que o Projeto realiza nas diferentes praças, percebemos semelhanças e distinções, a saber: após terem sido liberados e autorizados pelo médico para realizarem atividade física, os interessados vão às praças e são recepcionados pela equipe de profissionais e acadêmicos, em seguida, agenda-se um dia para realização da avaliação física.

Os profissionais, em sua prática, a cada dia vão diversificando as atividades e, em função disto, organizam um rodízio entre si, ficando um responsável pela condução coletiva das atividades, e os demais dedicando-se à orientação individual dos participantes na correta execução do exercício ou à responsabilidade de registrar os dados referentes às observações tanto assistemáticas quanto sistematizadas, como a frequência cardíaca de repouso e pós exercício e orientações gerais quanto à vestimenta para prática de atividade física, à importância da ingestão de alimentos antes da atividade física (para evitar hipoglicemia), entre outras.

A primeira praça visitada nesta pesquisa foi São Gonçalo, no bairro da Torre, com um número 217 pessoas cadastradas e avaliadas, porém cerca de 130 pessoas mantêm frequência regular diária. Algumas das atividades realizadas nessa praça podem ser contempladas nas Figuras 3, 4 e 5.

35 Relatório orientado pelo apoiador técnico Glaunei Ilberto Policeno de Moura e construído pelos profissionais de Educação Física envolvidos no projeto.



Figura 03: Praça São Gonçalo/ PJP Vida Saudável- Academia Cidadã
 Fonte: Acervo da Autora, 2008.

Na Figura 3, o profissional de Educação Física realiza uma atividade aeróbica. A mesma necessita de movimentos coordenados e intensidade de leve a moderada dependendo do ritmo da música. Este tipo de exercício favorece o sistema cardiovascular além de proporcionar estímulo para manutenção do equilíbrio e coordenação motora.

Os materiais utilizados nas atividades são guardados na casa de uma moradora, em frente à praça, e o maior empecilho à realização das atividades é na época das chuvas, quando o espaço físico disponível se reduz à área coberta de uma lanchonete, chegando-se muitas vezes a deixar de realizar as atividades. Nesta praça, há predominância absoluta na participação das mulheres. Os poucos homens que participam preferem caminhar em torno da praça, alguns deles monitorados pelos profissionais.

Segue abaixo o relato de um dos profissionais que participam do projeto desde a sua graduação, o que nos remete articular com uma das propostas do Ministério da Saúde, no que tange à educação permanente de base, ou seja, a preparação do trabalhador do SUS desde a sua de graduação, visando a sua percepção em torno dos Cuidados Progressivos à Saúde.

Este relato foi retirado de um vídeo³⁶ intitulado “É tempo de cuidar, é tempo de respeitar”, da Secretaria Municipal de Saúde - Setor de Vigilância Epidemiológica, referente a uma amostra dos diversos locais, dos profissionais e dos usuários que participam do Projeto João Pessoa- Vida Saudável- Academia Cidadã.

36 A citação de momentos desse vídeo não é objeto de nosso estudo, porem acreditando na veracidade dos depoimentos, citamos alguns momentos como ilustração.

Eu trabalho atualmente na Praça São Gonçalo, aqui na Torre. E pra mim, esse projeto é trabalho importante é total relevante na vida acadêmica de qualquer aluna de educação física que pretende trabalhar nessa área com a educação física no lado preventivo, onde a gente tem essa convivência muito direta com o aluno, podendo ajudar e prevenir doenças futuras que possam vir. E enfim, esse trabalho é importante na vida acadêmica. (PEF2, 2008).

O vídeo da SMS (2008) também traz falas de alguns participantes, que registramos como Srap.1, para usuária feminina, significando *senhora participante 1*, para primeira participante e assim sucessivamente, e Srp.1 para o indivíduo masculino.

Encontram-se no relato de uma das senhoras que participa do Projeto João Pessoa Vida Saudável – Academia Cidadã na Praça São Gonçalo, na Torre, falas que sinalizam aspectos positivos da proposta, não apenas pelo ganho biológico mais também pela socialização e a promoção da saúde mental.

É estamos aqui como agentes da ADP (Atividades da Praça), praticamente da ADP e isso aqui trouxe uma, uma reviravolta na nossa vida. Trouxe tudo de bom, a gente tem mais disposição, a gente tem mais saúde, a gente tem mais vontade de viver, a gente tem mais vigor e cresceu muito minha amizade. Eu morava aqui próximo, mas depois que a gente começou a fazer assim ginástica, aí cresceu demais essa amizade, tendo muito mais qualidade de viver, hoje sendo mais saudável também. Trouxe é tudo, tudo de bom mesmo, nada, nada negativo, tudo de bom que você possa imaginar e além assim da questão de vigor, essa questão também é assim vida saudável, a gente vê uma motivação pra viver, certa. E a gente precisa muito desse projeto aqui, a gente necessita, a gente precisa de que eles mandam. A gente precisa de muito, porque mais pessoas querem fazer, e não conseguem por causa do horário, né. E pra gente é tudo ótimo, ótimo, ótimo. (Srap1, 2008)

Quanto às questões colocadas acerca do conceito de cuidar ou do cuidado, os profissionais desta praça declararam:

Eu acho que é o fato da pessoa se interessar por si mesma, né. Tomar cuidado tanto com alimentação, quanto com a saúde, quanto com a mente e procurar trabalhar isso para o seu próprio bem estar (PEF1: 1, 2008).

Cuidar é ter zelo, zelar, como para objeto, como para pessoas. Cuidado é questão de proteção, um é interligado ao outro, tem total co-relação (PEF2: 1, 2008).

Cuidar é... Cuidado é... É você amar, né, cuidar é você amar o que você faz. É você se entregar, é você se dedicar realmente àquilo que você almeja, né, que você está..., onde você está querendo chegar, né. Isso aí é que é cuidar realmente e gostar. Eu vejo isso aí (PEF3:1, 2008).

As representações acerca do cuidar nos remetem a pensar nesse cuidado como cuidar de si, tanto quanto como o zelo por questões materiais e pessoais.



Figura 04: Praça São Gonçalo/ PJP Vida Saudável- Academia Cidadã
Fonte: Acervo da Autora, 2008.

Na Figura 4, o profissional de Educação Física orienta uma atividade utilizando um material de composição elástica, para trabalhar força muscular dos membros superiores. Com este tipo de exercício são mantidas otimizadas, as atividades instrumentais da vida diária, tais como: passar roupa, estender roupa e outras.

Quanto à questão de como este profissional cuida, em alguns momentos os entrevistados apontaram para as raízes da profissão, no que tange às abordagens pedagógicas, notando-se, por exemplo, semelhanças das falas a seguir com a concepção do modelo biológico higienista, visando à força, à alimentação, ausência de doenças. Esse modelo é aqui destacado já que está presente na formação acadêmica destes profissionais. Percebemos, porém, que passa por uma ressignificação quando o foco e o ponto de partida da prática estão baseados na necessidade encontrada no outro, ou seja, quando as necessidades da comunidade estão no centro de tudo. Isto nos leva a pensar na abordagem de Saúde Renovada, já analisada no Capítulo I deste trabalho, que tem como modelo a aptidão física, ligando a saúde com a promoção de objetivos como a mudança de hábitos de vida, a prática diária de exercícios e a aquisição de informações e conhecimentos visando à autonomia. É bem verdade que essas abordagens foram elaboradas para o trabalho com escolares, mas parece-nos que têm seu lugar também aqui neste estudo por fazerem parte da formação (licenciatura) dos profissionais envolvidos.



Figura 05: Praça São Gonçalo/ PJP - Vida Saudável- Academia Cidadã
 Fonte: Acervo da Autora, 2008.

A Figura 5, retrata o momento final das atividades, quando se faz a verificação e registros da frequência cardíaca, bem como, questionamentos sobre o estado físico dos participantes.

Seguem os comentários dos PEF's da Praça São Gonçalo acerca da sua atividade prática, mencionada aqui como ato de cuidar:

Como eu cuido? Eu cuido assim. Olhando as necessidades delas, porque aqui muitas delas, falo elas porque a maioria é mulher, são senhoras, são idosas, então assim o cuidado é redobrado com o idoso, e assim o que eu vejo que principalmente elas precisam é de força, força assim para se levantar para agachar e o idoso necessita de força, para até os afazeres diários, então uma das coisas que deve se focar para eles é isso, também se eles têm algumas doenças, para saber como, lidar, qual a atividade que ele pode ou não fazer, se eles têm algum problema físico, se a pessoa tem osteoporose ou não, se tem problema de coluna. Então, tem que assim, saber do histórico, um pouco da vida, para poder saber, que os cuidados tomar com aquela pessoa. E no dia a dia a gente fica sabendo um ou outro e fica mais fácil sabendo como ajudar aquela pessoa. É bem por ai. (PEF1:3, 2008)

Como o próprio Projeto em si, que é prevenção as doenças degenerativas, todos os métodos que a gente faz é na prevenção, de que possa, futuramente aparecer novas patologias a gente sabe que o exercício tem benefícios cardiovasculares, principalmente, então aqui é uma questão de cuidados, o cuidado da gente é prevenir que estas pessoas não venha ter alguma patologia devido ao sedentarismo e a gente motiva para que elas venham e tenham atividade física constante (PEF2:3, 2008).

Através das atividades físicas e alimentação. Alimentação é primordial. Atividade física e alimentação eles caminham juntos, então você tem que cuidar dos dois, não adianta fazer um e deixar o outro, para mim tem que cuidar dos dois. Não é verdade? (PEF3: 3, 2008)

A segunda praça investigada foi a do bairro dos Bancários, chamada da Paz, com aproximadamente 649 pessoas cadastradas e avaliadas e 443 indivíduos participantes. Nessa praça, há também a predominância de mulheres, mas os homens realizavam as atividades ofertadas sem restrições. Também se observou a participação de adultos e jovens, não sendo restrito a idosos.

Esta praça é situada nas imediações do centro comunitário, e as atividades são desenvolvidas em um local amplo tendo a conveniência de se poder guardar materiais e realizar as confraternizações na parte posterior do ambiente, em cuja entrada tem um local que é destinado a realizações das atividades localizadas, bastante confortável para os atores envolvidos no processo (Figuras 6 e 7).



Figura 06: Praça da Paz/ PJ P - Vida Saudável- Academia Cidadã
Fonte: Acervo da Autora, 2008.

A Figura 6 demonstra uma atividade localizada, que objetiva o fortalecimento dos músculos abdominais, utilizando como material de apoio o step.

Quanto às representações sobre o que vem a ser cuidado e cuidar para os profissionais de Educação Física, na Praça da Paz, referencia que:

Cuidar é zelar (PEF4:1, 2008).

Cuidar é cuidar. É zelar é tomar conta, tomar conta de uma coisa ou de uma pessoa (PEF5:1, 2008).

Eu acho que cuidado está no geral, dependendo do objetivo que você estipule, sei lá, cuidado com a mente, cuidado com a saúde, cuidado de uma criança. Acho que cuidar é você assim... De certa forma se preocupar, com cuidar, como cuidar, e assim até de certa forma cuidar... Mais não de uma forma também evasiva. Cuidar no geral, se for voltado assim... Para o lado da saúde, o cuidar eu acho que está relacionado tanto a corpo, como mente, como conscientização, sabe. Acho que está tudo junto né? Que nada assim, eu não posso só cuidar do corpo enquanto físico, ou só da mente, tudo está ligado. Cuidar no geral é você se preocupar, é você ter esse objetivo no geral. (PEF6:1, 2008).

A representação do conceito de cuidar ou cuidado dos profissionais da Praça da Paz relaciona-se ao zelo e à preocupação com alguém ou alguma coisa. No entanto, referenciado ao campo da saúde não indica um cuidado que se reduz ao corpo e sim como algo que visa a saúde mental, física, isto é, trata-se, também, de um ato educacional, se considerarmos a conscientização como um meio do processo educativo. Podemos pensar neste momento na Máxima de Juvenal? A questão do corpo sã mente sã é um dos lemas mais difundidos entre os profissionais de Educação Física.



Figura 07: Praça da Paz/ PJP- Vida Saudável- Academia Cidadã
Fonte: Acervo da Autora, 2008.

A Figura 7 indica atividade aeróbica, utilizando como recurso o step. A mesma favorece movimentos que trabalham a coordenação motora, equilíbrio, tempo de reação, além da melhoria da capacidade cardiorespiratória.

Quanto ao ato da prática de cuidar, os profissionais que trabalham na Praça da Paz afirmam que cuidam:

Procurando o bem estar deles, através da atividade física. Ouvindo, muitas vezes a gente toma até atitude de psicólogos com eles. Também a partir do momento que a gente prepara as atividades tudo a gente pensa em cada um a melhor forma de cuidar, de zelar, do bem-estar (PEF4: 3, 2008).

Eu acho que a gente cuida aqui através da qualidade de vida né, buscando qualidade de vida e o bem-estar das pessoas através da atividade física (PEF5: 3, 2008).

Eu cuido conscientizando essas pessoas, com relação no geral à atividade física que é nossa área, alimentação tal, como também assim, como eu te disse antes, a gente também passa assim, um pouco assim de psicologia, então assim, uma vez por outra a gente se reúne e a gente faz assim, tipo assim, terapia de grupo, então assim, a gente conversa sabe, então você começa saber um pouco de cada um, da tristeza e tudo mais, e eu tento mostrar, já que eu sei de muitos casos individuais, quando eu puxo para um grupão, eu tento mostrar que muita gente tá ali, tá brincando, tá sorrindo, até mesmo a professora, mais cada um tem sua vida, cada um tem seus problemas, cada um tem suas coisas e, o que acontece, a gente só tem que aprender a conviver com isso, porque eu não sou única, eu tenho o costume de dizer muito assim, para as pessoas principalmente para as pessoas que eu cuido, isso com relação à família, com relação ao Projeto, as alunas do Projeto, as minhas outras alunas também que dou aula para escolar, que a gente tem assim, tem o costume de se colocar como vítima do mundo, entendeu, tudo que é ruim acontece comigo sabe, eu não sou assim, assado, se eu vejo fulano rindo, brincando, falando vive rindo muito bem obrigado, mas só que a gente tem essa dificuldade também de conversar, então se você ver essa pessoa assim, você não sabe o que realmente está acontecendo (PEF6:3, 2008).

As representações dos profissionais revelam uma prática que menciona a escuta, a conscientização, a preparação das atividades visando os bem estar durante seu desenvolvimento, e que, conseqüentemente, promove a qualidade de vida, realizando não apenas atividades físicas, mas chegando a terapia de grupo, dialogando, promovendo o “encontro do ato de cuidar” no vínculo interpessoal e social que é produzido nesses momentos.

A proposta pontuada por um dos profissionais em relação ao ato de como ele cuida, e que o faz também através da conscientização, nos faz perceber que pode existir aí a diferença entre o ato de cuidar apenas do biológico, visando à diminuição de Pressão Arterial, do

fortalecimento muscular, sem que os indivíduos se envolvam e percebam que são responsáveis pela sua saúde. Nesse sentido, a proposta vai mais além dos modelos biológicos e assistenciais do ato de cuidar, uma vez que pode ser consciente e modificador de hábitos de vida duradouros, permitindo desencadear uma consciência crítica sobre, por exemplo, a importância da atividade física regular para saúde de cada um, refletindo o que é mais adequado para a saúde, individualmente, singularmente, compreendendo e se permitindo de maneira crítica refletir a necessidade ou não de modificações de hábitos de vida e maneiras de agir.

Os profissionais da Praça da Paz foram os primeiros a implementarem, em seu trabalho, pesquisa própria verificando os indicadores de saúde da população avaliada (N=649 indivíduos), relacionados com agravos tais como hipertensão (195 indivíduos), diabetes (30), obesos (238) e indivíduos com sobrepeso (321).

Segundo as normas da OMS é classificado como diabético todo aquele (a) que apresentar índices de glicose no sangue acima de 125mg/dl. Verificamos que os primeiros resultados apontam para o controle da diabetes apenas com exercícios físico em 33% dos casos, ao lado de redução medicamentosa em 52% e o nível de glicose estável em 14%.

Quanto à Pressão Arterial, a maioria dos hipertensos (61,9%) controla este agravo com medicamentos, porém com uma diminuição da ingesta em relação à dosagem dos medicamentos diários; 10,7% controlam a pressão apenas com exercícios físicos e adoção de hábitos de vida saudáveis, enquanto em 27% dos indivíduos os sinais se mantêm estáveis.

Quanto à terceira praça incluída no Projeto, a Praça Bela, situada no bairro dos Funcionários II, de um número aproximado de 114 pessoas cadastradas e avaliadas, 104 são efetivamente atuantes, divididas nos horários disponíveis.

Nessa praça são encontradas muitas fragilidades na execução do Projeto: os materiais utilizados são improvisados, as atividades que necessitam de estepe, por exemplo, são realizadas nos degraus das calçadas; o aparelho de som não pode ser utilizado, pois o ponto de energia fica distante do local da atividade; não há local disponível para guardar o material e nem o quiosque para guardar o material de responsabilidade da Secretaria de Educação foi construído; a associação de moradores fica muito distante da praça, dificultando também a realização das atividades em dias de chuva. Existem, porém, corrimões que facilitam as atividades que exigem equilíbrio e mantêm-se quase constantemente atividades aeróbias, como a caminhada, para os indivíduos que não são adeptos dos exercícios localizados.



Figura 08: Praça Bela/ PJP Vida Saudável- Academia Cidadã
 Fonte: Acervo da Autora, 2008.

A Figura 8 demonstra uma atividade utilizando material alternativo existente na própria estrutura física da praça, como corrimão. Na barra podem ser realizados exercícios diversificados, sendo mais seguro para os praticantes devido à diminuição de risco de quedas da própria altura.

Seguem abaixo os relatos de duas usuárias do Projeto João Pessoa Vida Saudável – Academia Cidadã que praticam atividade física na Praça Bela³⁷.

Eu moro aqui no Funcionários II. É esse, do Projeto. Pra falar do Projeto, quero dizer: o Projeto é muito bom, está sendo muito bom, traz motivação pras pessoas, entendeu? É bom pra saúde em primeiro lugar e traz satisfação demais, é muito bom a gente saber que tem alguém que se interesse pelo bem estar e que vai nos ajudar, nos motiva, nos dá muita alegria, satisfação mesmo. Todos os dias tem um encontro marcado com a comunidade ali, é onde tem alegria, e tem exercício e que faz bem à saúde, que nos motiva, cada dia mais, que tira da preguiça mesmo, caseira. E gosto muito, bom, tchau (Srap2, 2008).

Meu nome é Elza Maria de Freitas. Eu moro no Funcionário II e estou fazendo... e estou acompanhando esse trabalho que está acontecendo aqui na praça. É muito bom... é um, o trabalho que...que nos dá coragem pra gente fazer os exercícios, as menina vem incentivar. Eu em casa tem... tenho máquinas pra fazer exercícios, mas eu não faço, dá preguiça. Então eu, depois que começou esse Projeto aqui, tá sendo muito bom, eu fiz novas amizades, gosto muito das professoras, que incentivam muito as mulheres a tirar dor, cansaço, muito cansaço, que a gente fica em casa na vida sedentária. Mas graças a Deus, tá sendo muito bom, eu tô gostando muito, espero que continue. Não... e as meninas não desistam e que as mulheres não... que é ótimo. (Srap3, 2008)

³⁷ Texto digitalizado a partir do vídeo produzido pela Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa, 2008.

Percebe-se, nos depoimentos, que as atividades vão além do biológico, envolvem a percepção de estar sendo cuidada no que tange à questão do “interesse pelo bem estar“, pela ajuda, pela motivação que desencadeia novas amizades, alegria e satisfação.

Quanto às questões pontuadas acerca do conceito de cuidar ou cuidado, os profissionais desta praça declararam que:

Eu creio que cuidar e cuidado é quando você se preocupa com alguém, a saúde de alguém, o bem estar daquela pessoa, se ela está sempre bem, se ela está confortável do jeito que ela esta ou com o que ela está fazendo (PEF7:1,2008).

Eu acho assim que é o ato de você se doar, o ato de você ter prazer mesmo, de cuidar, de carinho (PEF8:1, 2008).

Cuidar no geral eu acho que é zelar, né. Ter uma coisa e fazer de tudo para manter o que você conquistou, ou está conquistando (PEF9:1, 2008).

As representações acerca do cuidar nos remetem a pensar no cuidado como cuidar de si, mas, também como atitude de preocupação, de doação e satisfação por estar cuidando. Remete-nos a pensar que este cuidado pode refletir o interesse de cada profissional em fazer o melhor para atender tanto às necessidades da comunidade, como também à proposta de realizar um trabalho otimizado. Podemos dizer que são reflexos de profissionais que gostam da sua profissão? Ou será de profissionais que precisam garantir seu espaço de trabalho?



Figura 09: Praça Bela/ PJP Vida Saudável- Academia Cidadã
Fonte: Acervo da Autora, 2008.

A Figura 9 demonstra a proposta da atividade de equilíbrio, com os exercícios ativos livres para membros inferiores que o professor de Educação Física planejou. No momento, o profissional esta no período de demonstração, para posteriormente os participantes realizarem.

Quanto à atividade prática desenvolvida na Praça Bela, os profissionais de Educação Física relatam como cuidam:

Eu acho que é me preocupando com o bem estar, e sempre pensando assim, que fiquem bem, se todas vão participar da mesma aula, se eu vou ter que separar elas menos, se o local aonde elas estão fazendo, está um local apropriado, se tem... O melhor possível, se está no sol, dar um jeitinho de levar para a sombra, dar um jeitinho de fazer com que elas se segurem, já que não conseguem... às vezes até perguntar, noto que estava cabisbaixo, pergunto: Como é que você está? Às vezes uma conversa, um detalhe, só uma perguntinha, já faz a diferença. É assim que eu cuido (PEF7:3, 2008).

Como é que eu cuido? Acho que, eu me expesso assim, não só por palavra, mas por gesto, por meu comportamento. Quando eu vejo que a aluna está assim fazendo algum exercício errado, eu chego lá, discretamente, de forma assim, carinhosamente, o que está acontecendo? Como foi o seu dia? Eu acho que isso é importante, a gente ter este vínculo com os alunos (PEF8:3, 2008).

Eu cuido.... Da seguinte forma: a partir da percepção e do conhecimento. Eu... Aqui no caso, na praça que a gente trabalha, é lidar diretamente com os alunos, a gente começa a conhecer eles, diariamente e a gente consegue perceber. Às vezes chega um, que às vezes não vem, a gente sente falta, e já pergunta de certa forma é um cuidado. E também, às vezes a gente percebe, quando elas não estão legal, quando estão com algum problema. A gente vai, no meu caso, eu vou converso. - E aí, tudo bom? Como a senhora, está? - Não, não estou muito bem. Ai a gente conversa. Dá um conselho, outro. Ah! não desista não. Não deixe de vir não, senão vai aumentar seu problema, aqui é uma forma de você pode extravasar. Eu trabalho assim desta forma (PEF9:3,2008).

No que concerne ao como este profissional cuida, na atividade prática, suas representações estão ligadas à preocupação com bem-estar geral dos indivíduos, olhando-os como sujeitos, pois se preocupa desde a preparação de uma atividade adequada até a prevenção dos riscos advindos dos fatores ambientais, promovendo o cuidado na prevenção de acidentes, além de compreender a importância marcante das conversas (diálogo) que conduz, como agente motivacional do vínculo, com a comunidade.

A quarta praça incluída no Projeto, situada no bairro dos Funcionários I, foi a Praça Lauro Wanderley, com aproximadamente 412 pessoas cadastradas e avaliadas e 254 participantes efetivas, subdivididas de acordo com o horário mais conveniente para cada um.

Nessa praça, os materiais utilizados são guardados no Centro de Cidadania, em frente à praça, e, quando chove, as atividades são desenvolvidas em ambiente coberto. A população aderiu ao programa com desconfiança, no início, e posteriormente com muito entusiasmo. Percebe-se um vínculo desenvolvido entre profissionais e população: o chamar pelo nome, a visita à casa do participante quando falta, a roda de conversa no final das atividades, as piadas contadas pela população, os risos, as tristezas compartilhadas. Mencionei estas características nesta praça porque aí as vivenciei diretamente, mas vale salientar que estes momentos estão

presentes nos encontros da população com os profissionais também nas demais praças, segundo os relatos dos próprios profissionais.

A Figura 10 demonstra o início da atividade física com exercícios globais para membros inferiores, visando à primeira fase dos exercícios, ou seja, o aquecimento dos músculos que serão trabalhados, durante o período da atividade. São atividades diversificadas em vários seguimentos do corpo, podendo utilizar recursos materiais ou não, ficando a cargo da criatividade do profissional a unidade das atividades em um grupo heterogêneo, respeitando os limites e a potencialidades de cada indivíduo.



Figura 10: Praça Lauro Wanderley/ PJP Vida Saudável- Academia Cidadã
Fonte: Acervo da Autora, 2008.

Existe a parceria da Secretaria Municipal de Saúde com a Secretaria de Educação, Esporte e Lazer, atualmente coordenada por Fernanda Albuquerque. A mesma foi atuante na Praça Lauro Wanderley desde o início do Projeto. Segue o seu comentário ³⁸.

Meu nome é Fernanda Albuquerque, sou profissional de Educação Física. Para a gente, a importância desse Projeto é o desafio pro profissional de Educação Física conseguir fazer um trabalho pra reduzir o índice de sedentarismo da população da cidade de João Pessoa.

38 Texto digitalizado a partir do vídeo produzido pela Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa, 2008.

Seguem a abaixo os relatos de usuários do Projeto João Pessoa Vida Saudável – Academia Cidadã, que praticam atividade física na Praça Lauro Wanderley³⁷.

É, eu moro aqui na Praça Funcionário I há 31 anos. É... A importância? Eu caminho aqui na praça é... Lauro Wanderley é... desde 2001 que eu caminho aqui. Então, a importância desse..., desse..., desse projeto da prefeitura do..., de trazer aqui esses professores de Educação Física aqui pra nós. É de grande importância, porque nós... nós tínhamos muitas pessoas sedentárias e assim fizeram com que esse projeto puxasse essas pessoas, pra fazer essa caminhada conosco aqui na praça. Então isso tá servindo é pra tudo. Tão perdendo peso, somos pessoas com mais habilidade, tá certo. Até eu mesmo já perdi 6 kg. Então isso tá tendo uma grande importância desse projeto (Srp1, 2008).

Meu nome é Sebastiana da Silva Dantas, eu treino na pracinha. Eu caminho muito, a gente faz física, a gente brinca com as meninas, a gente palestra, é muito bom pra gente ter essas amigas, que anima a gente. Então eu caminhava muito, depois, depois que as menina começou, aí eu comecei a fazer física, eu me sinto muito bem. Era muita dor no corpo, era sem disposição. E agora eu chego em casa muito chique, disposição, muito esporte, faço Cooper, lá em casa só tem eu de mulher. Então eu que faço tudo, aí eu chego, venho pra pracinha, passei duas semanas sem vir. Aí eu fiquei muito doente, aí eu digo não, vou voltar, porque é muito bom pra mim. Aí pronto, voltei de novo pra pracinha. E agora a gente vem aqui, pra Cidadania quando tá chovendo lá, é ótimo, é ótimo porque a gente, como se diz, eu tenho problema nos ossos, aí eu não posso ficar em casa só assistindo televisão. Aí eu tô até, venho até pras reunião pra ver se tem mais coisa pra me indicar, pra não ficar só em casa, (Srap, 4, 2008).



Figura 11: Praça Lauro Wanderley/ PJP Vida Saudável- Academia Cidadã
Fonte: Acervo da Autora, 2008.

A figura 11 retrata uma atividade de alongamento da musculatura dos membros inferiores, favorecendo a preparação e a prevenção de períodos algícos após a atividade que será vivenciada.

No que diz respeito às questões essenciais acerca do conceito de cuidar ou do cuidado, os profissionais desta praça disseram que:

Cuidar é bem assim, é você ter atenção com aquela pessoa, em todos os sentidos, não só, perguntar se a pessoa está bem, mas, ela num todo, isso é uma questão de cuidar das pessoas, de dar atenção àquela pessoa, às vezes a pessoa não... nem tanto a atenção de condição física, mas é a questão de você perguntar o que a pessoa tem, é.. O estado de espírito dela, tudo isso é o todo, você tem que cuidar daquela pessoa, tem que ter cuidado, e o profissional de Educação Física é um cuidador das pessoas, porque ele está ali trabalhando com a pessoa não só o físico, mas o mental e o espiritual, tudo isso, o todo é o cuidar (PEF10:1, 2008).

Cuidar é você ter atenção, perguntar o que sente o que está sentindo, se está precisando de alguma coisa, cuidar assim. Nos exercícios, se estão fazendo certo, verificar se estão fazendo errado. Prestar atenção nele até assim... Como a gente conhece. Tem pessoas que chegam aqui, com humor diferente e a gente já conhece e tem o cuidado de perguntar porque eles estão assim. Para mim, cuidar é isso (PEF11:1, 2008).

Bom, cuidado é... Primeiramente, quando se tem cuidado você vai ter uma atenção, principalmente dependendo da sua área, se aquela pessoa está realmente adequando ao que você está tentando passar, se está tendo aceitação da tua transmissão, do que você está tentando passar. Isso para mim é cuidar (PEF12:1, 2008).

As representações acerca do cuidar não se diferenciam muito de um profissional para outro. Alguns pontuam elementos do cuidado que não se restringem apenas ao físico, mas ao mental e o espiritual, questão já problematizada em alguns cursos da saúde em algumas universidades. Não se sabe se a citação aqui mencionada está vinculada a uma dessas abordagens.

O que percebemos é a colocação em relação à preocupação com a comunicação na transmissão das atividades e o bem-estar dos indivíduos, se estes estão se sentindo bem ao realizar determinada atividade.

A figura 12 representa o desenvolvimento da atividade. Neste momento, trabalhando e alongando a musculatura dos membros superiores juntamente com exercícios respiratórios, trazendo para o indivíduo possibilidades de percepção corporal, através da concentração no movimento que está sendo executado.



Figura 12: Praça Lauro Wanderley/ PJP Vida Saudável- Academia Cidadã
 Fonte: Acervo da Autora, 2008.

Quanto à atividade prática desenvolvida na Praça Lauro Wanderley, os profissionais de Educação Física relatam que:

Eu cuido, assim. Nós cuidamos das pessoas, trabalhando... Fazendo um trabalho de responsabilidade, não só naquela hora elas tenham atenção profissional de Educação Física, mas para o resto da vida, pra que ela tenha noção do que ela tem direito, do que ela pode ter condição de fazer, dos limites que ela pode superar. Tudo isso o profissional de Educação Física, cuida dessa pessoa pra na vida dela, ela tenha melhor desempenho, em todos os aspectos (PEF10:3, 2008).

Prestando atenção neles, nos exercícios que estão fazendo, se está certo, se está errado, prestando atenção nas pessoas, como eu falei no humor, nas características deles quando chegam aqui na praça, se estão bem, se estão se sentindo bem, eu me preocupo com isso, se estão se sentindo bem, se estão gostando da aula né, tem isso também, me preocupo assim, em passar os exercícios de forma clara para eles trabalhar assim, cada dia um tipo de musculatura para não está todo dia uma coisa só. É isso aí (PEF11:3, 2008).

Primeiramente é... Primeiramente eu tenho que me cuidar e perceber se... Se aquela pessoa que tá recebendo as instruções tá entendendo, a questão do entendimento é importante, da comunicação, acho que está ligado, ao primeiro ponto, a comunicação (PEF12:3, 2008).

Estes profissionais cuidam da atividade prática, as suas representações estão ligadas às questões imediatas, voltadas para atividade em si, bem como uma preocupação em empoderar a comunidade para que ocorram modificações que não fiquem restritas à presença do

profissional de Educação Física, colocando a comunicação, o diálogo como uma ferramenta para que o encontro e as atividades sejam positivos.

A quinta praça investigada foi a Praça Antonio Canto, mais conhecida como Alto do Céu, situada no bairro de Mandacaru, com um número de aproximadamente 556 pessoas cadastradas e avaliadas, porém apenas 131 indivíduos são participantes ativos. Nessa praça, os profissionais têm o apoio do Centro de Referência da Cidadania, onde os materiais são guardados e a maioria das atividades é desenvolvida.

O momento contemplado para observação assistemática na praça foi de grande valia, pois tratava-se de um dia de avaliação dos usuários que participam das atividades.

Realizada em modo de circuito, a avaliação de cada indivíduo foi agendada previamente conforme a disponibilidade de horário. A avaliação foi conduzida por várias etapas, desde a verificação de Frequência Cardíaca em repouso, até a avaliação antropométrica.



Figura 13: Praça Alto do Céu/ PJP Vida Saudável- Academia Cidadã
Fonte: Acervo da Autora, 2008.

No primeiro momento verificava-se a Frequência Cardíaca de repouso, a Pressão Arterial e o Peso (Figuras 12,13 e 14). Através desses indicadores, pode-se acompanhar o desenvolvimento de cada sujeito no que tange ao controle da pressão arterial, controle do peso (Índice de Massa Corporal) e prever a frequência cardíaca de trabalho visando ao condicionamento cardio-respiratório e à segurança no desenvolvimento da atividade.



Figura 14: Praça Alto do Céu/ PJP Vida Saudável- Academia Cidadã
 Fonte: Acervo da Autora, 2008.



Figura 15: Praça Alto do Céu/ PJP Vida Saudável - Academia Cidadã
 Fonte: Acervo da Autora, 2008.

Posteriormente, o indivíduo era conduzido a uma sala, verificando a altura, circunferências (cintura/quadril, tórax, bíceps, coxa, panturrilha) e percentual de gordura em quatro dobras cutâneas (tricipital, subescapular, suprailíaca e abdominal), (Figuras 16, 17, 18). Tudo era anotado para análise posterior, a fim de identificar casos de hipertensão, sobrepeso,

risco coronariano, de modo que as pessoas com algum agravamento de saúde que exigisse maiores cuidados, seriam encaminhadas para a equipe de Saúde da Família.



Figura 16: Praça Alto do Céu/ PJP Vida Saudável- Academia Cidadã
Fonte: Acervo da Autora, 2008.



Figura 17: Praça Alto do Céu/ PJP Vida Saudável- Academia Cidadã
Fonte: Acervo da Autora, 2008.



Figura 18: Praça Alto do Céu/ PJP Vida Saudável- Academia Cidadã
 Fonte: Acervo da Autora, 2008.

O reflexo da parceria da SMS com a Secretaria de Educação – Esporte e Lazer está bem representado no discurso do profissional, abaixo reproduzido, pois essa parceria também almejava a Educação Permanente dos acadêmicos e profissionais em formação, quanto aos cuidados progressivos em saúde já relatados. Como já foi mencionado a Secretaria de Esporte e Lazer tem uma parceria com os campos acadêmicos da UFPB e UNIPÊ selecionando estudantes para juntamente com os profissionais da rede municipal, trabalharem objetivando a troca de saberes com a comunidade. Hoje, a Secretária de Educação – Esporte e Lazer fica responsável pela transferência dos profissionais que já estão no quadro de servidores municipais para atuarem no Projeto e a Secretária Municipal de Saúde, e pela parceria existente entre as Instituições de Ensino Superior na disposição de seus acadêmicos. Segue o comentário³⁹:

Olá, meu nome é Thaís, eu sou professora da Praça Alto do Céu. Comecei aqui ainda como acadêmica estagiária, hoje sou formada e continuo trabalhando aqui. O trabalho de João Pessoa Vida Saudável, em João Pessoa vem se desenvolvendo nessa praça. É um trabalho que abrange a promoção da saúde, um trabalho de

39 Texto digitalizado a partir do vídeo produzido pela Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa, 2008.

prevenção no combate às doenças crônico-degenerativas, como as cinéticas, e a comunidade tem recebido bem esse trabalho. Tem procurado não só para o tratamento de suas doenças, mas também na prevenção das mesmas (PEF15, 2008).

Atualmente, a profissional acima participa do núcleo de apoio matricial ligado aos Distritos Sanitários, desmembramento do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, fruto da renegociação feita pela Prefeitura com o Ministério da Saúde, potencializando o serviço. Porém, muito ainda está sendo construído em torno das diretrizes que regem o processo de trabalho desses profissionais, com o objetivo de ressignificar o cuidado integral aos indivíduos da comunidade, através do projeto terapêutico singular, mas sem esquecer os indicadores de saúde ligados à Vigilância Epidemiológica. É interessante a postura da Prefeitura Municipal de Saúde frente às políticas públicas: o seu olhar negociador é uma potente ferramenta de trabalho, com a qual o Pacto em Defesa da Vida abre um leque de oportunidades a serem implementadas no município, de forma dialogada e horizontalizada, visando a que as ações venham de baixo para cima, ou seja, da necessidade da comunidade para o nível de gestão.

Segue abaixo o relato de um usuário do Projeto João Pessoa Vida Saudável – Academia Cidadã, que pratica atividade física na Praça Auto do Céu. Percebe-se no relato deste senhor referências positivas quanto ao aspecto biológico⁴⁰.

Esse projeto é muito bom, pois tem feito muita gente feliz, porque vivia todo mundo no sedentarismo, dentro de casa acomodado, só fazia dormir. E assim já todo dia de manhã já aquela... aquele... aquele ânimo, aquela vontade de vir aqui pra praça caminhar, fazer exercícios, entendeu?... (Bom dia). Pra mim tem sido muito bom, principalmente pra minha saúde e é tudo enfim. Aumenta o grupo de amizade da gente. Ter a oportunidade de conhecer outras pessoas, certo. De produzir em grupo é muito bom. As professoras são muito boas, e a gente, nós gostamos muito, sabe? (Srap, 5, 2008)

É igual com as palavras dela. Assim, as professoras é muita competência. Assim, tem o cuidado de ter, ver se nós estamos fazendo exercício errado, de corrigir. É uma equipe, muito excelente. É uma equipe que é fundamental na vida do ser humano, independente da idade (Srap, 6, 2008).

O Projeto pra mim foi muito estimulante, porque é meu desejo ter essa vida saudável, através dos exercícios físicos, porque eu tenho essa uma vida sedentária, e eu tô vendo quanto tempo tem sido positivo pro nosso corpo (Srap, 7, 2008).

40 Texto digitalizado a partir do vídeo produzido pela Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa, 2008.

Quanto às questões pontuadas acerca do conceito de cuidar ou cuidado, os profissionais desta praça relataram que:

Zelar por alguma pessoa ou por algum objeto (PEF13:1, 2008).

Proteger, prevenir (PEF14:1, 2008).

Cuidar para mim é estar perto, é ouvir é ser ouvido, não só procurar fisiologicamente saber como a pessoa está, anatomicamente, mas sim, ouvir o que ela pensa e ver o contexto social dela (PEF15:1, 2008).

Nas representações acerca do cuidar, este é referenciado como um conceito voltado para prevenção, proteção, mas também para o diálogo, para escuta e percepção das condições desse indivíduo, não apenas no âmbito biológico, mas na sua situação social, trabalhando-o na totalidade. As falas sobre o contexto social fazem lembrar a abordagem crítico-superadora, como já mencionado anteriormente, valoriza os contextos históricos de cada indivíduo e o resgate dos fatos históricos, olhando as práticas da cultura corporal como atividades sociais, necessárias às ações dos sujeitos na sociedade.

Quanto à atividade prática desenvolvida na Praça Alto do Céu, constatou-se que um profissional de Educação Física não se considerava um cuidador (fala mencionada abaixo), mas relatou como realizava a sua atividade preventivamente. Foi exceção, o único que respondeu negativamente à pergunta número 2 (Apêndice A), pois, apesar de darem diferentes respostas à questão, se seriam ou não cuidadores, atribuindo-lhe diferentes significados, todos os demais profissionais se consideraram cuidadores:

Eu não vejo com essa definição, eu vejo como cuidado, mas, não tenho essa definição na cabeça, essa definição está me chegando agora, com você. Eu vejo com ato de prevenir. Assim, a minha definição na cabeça, que acho que é a mesma coisa, a minha definição é prevenir, é prevenção. Minha definição é o trabalho de prevenção (PEF13:2, 2008).

Na verdade, o discurso preventivista está bastante imbricado na Educação Física e nos programas de saúde. A prevenção na saúde não se restringe apenas ao conjunto de fatores para evitar uma patologia, mas também, as medidas que possam combater suas complicações e ou minimizar os danos das conseqüências já detectadas, ou seja, existem três níveis de prevenção: primária, secundária e terciária. Para propor a uma comunidade estratégias de prevenção, é indispensável conhecer a população ou sujeito, desde o estilo de vida, como suas crenças, pensamentos, ações, sempre tendo em mente as experiências subjetivas e concretas, questões estas com as quais nem sempre os programas e projetos ditos preventivos

se preocupam. Enfim, os conceitos e atribuições, as medidas, muitas vezes, são entendidas dependendo do referencial de quem as define. O nosso entendimento é que a prevenção está contida no cuidado. Portanto, cuidar ultrapassa o ato de prevenir, pois é integral, é modificador, é comprometido, é consciëntizador, consciência de ambas as partes (ser cuidador /ser cuidado).

Em seguida, apresentamos os testemunhos de como os profissionais cuidam, ou seja, como desenvolvem a sua prática:

Acho que incentivando a eles estarem aqui todos os dias, cuidar da saúde deles através da atividade física, para eles para manter o peso ideal, para eles manter alimentação, bons hábitos de vida, bons hábitos alimentares, a gente consegue dar estas dicas a eles, mas nosso programa é voltado para o exercício. A gente sabe que atividade física consegue prevenir varias doenças (PEF13:3, 2008).

Meu cuidar é proteger, dar atenção, estar ali do lado das pessoas. (PEF14:3, 2008).

Eu cuido, procurando saber a necessidade de cada um, e vejo cada um como um ser individual, cada um pode ser tratado de uma maneira diferente com um ser único (PEF15:3, 2008).

Nas colocações sobre como eles cuidam, aparecem traços de abordagens biológicas, mas também tendências que consideram a singularidade do encontro com este indivíduo, enxergando-o como um ser único com necessidades específicas.

A última praça visitada na pesquisa foi Praça Coqueiral, no bairro de Mangabeira, com um número estimado de 382 pessoas cadastradas e avaliadas pelo Projeto sendo assíduos em média, 338 participantes.

Nessa praça, podemos contemplar algumas das potencialidades do Projeto João Pessoa Vida Saudável – Academia Cidadã. Vê-se aí como a autonomia positiva do profissional de saúde, em parceria com os anseios da comunidade, pode proporcionar experiências exitosas. Vejamos algumas das atividades nas figuras⁴¹ seguintes.

41 Estas fotos estão dispostas no orkut de Maria Verônica de Araújo, uma das integrantes do grupo até o momento da pesquisa, hoje ela faz parte do Apoio Matricial da Secretaria Municipal de Saúde- Distrito Sanitário I



Figura 19: Praça Coqueiral/ PJP Vida Saudável- Academia Cidadã
 Fonte: <http://www.orkut.com.br/AlbumZoom.aspx?>, 2008.

Percebe-se este espaço como um ambiente favorável para o cuidado?

Vale salientar que algumas dessas atividades também são contempladas em outras praças, porém não tivemos oportunidade de registrar a imagem de outros momentos nem indagamos do grupo se existiam esses registros.

As atividades a que se referem as imagens estão assim dispostas, segundo Araújo (2008): (a) Demonstração do Banner que compõe o slogan do Projeto, também, exposto nas demais praças; (b) o grupo de profissionais de Educação Física reunidos; (c) o quiosque para guardar materiais, existente apenas nesta praça, de responsabilidade da Secretária de Educação /Esporte e Lazer; em seqüência (d) algumas atividades próprias da prática dos profissionais de Educação Física junto à população (caminhada, exercícios localizados, pilates, alongamentos, prevenção de quedas com exercícios de equilíbrio e coordenação)

As três figuras abaixo estão simbolizando atividades especiais realizadas nas datas comemorativas e culturais, como o São João, Dias das Mães, aniversariantes do Mês,

Aniversário de Mangabeira, vindo-se, em seguida, eventos de combate e rotinas da prevenção de doenças e agravos não transmissíveis, como a hipertensão (grupo reunido de idosos do Distrito Sanitário II).

Seguem as figuras com as atividades de show de talentos e biodança, objetivando, dentre outros aspectos, a promoção do lazer e a socialização da comunidade.



Figura 20: Praça Coqueiral/ PJP Vida Saudável- Academia Cidadã
Fonte: <http://www.orkut.com.br/AlbumZoom.aspx?>, 2008.

As imagens abaixo, de jogos de tabuleiro, como dama, dominó e xadrez, também visam a aspectos recreativos de necessidade humana para promoção da saúde. Atividades de aproximação com a equipe de Saúde da Família e outros atores essenciais ao processo de promoção da saúde, estão representadas na figura referente à Vacinação dos Idosos e na Roda de Diálogos que contou com a presença da médica (Dr^a Nélia) da equipe da USF, para esclarecimentos sobre hipertensão e diabetes, e com a presença de outros profissionais como fisioterapeutas (Fábio) Psicólogo, Coordenador (Nei) do Projeto João Pessoa Vida Saudável – Academia Cidadã, psicólogo, e da presidente do Conselho Tutelar de Mangabeira (Dr^a. Laudiceia) que falou sobre fé e idoso.



Figura 21: Praça Coqueiral/ PJP Vida Saudável- Academia Cidadã
 Fonte: <http://www.orkut.com.br/AlbumZoom.aspx?>

Quanto às questões pontuadas acerca do conceito de cuidar ou cuidado, os profissionais desta praça relataram que:

Bem, eu sou Verônica e cuidado pra mim, vai além da questão da prevenção, do afeto e do carinho. Eu sei que afetividade está relacionada a esse cuidado, mas, o cuidado em si, no meu ponto de vista, seria um cuidado que vai além de trabalhar o eu daquela pessoa. Na maioria das vezes quando nós recebemos aqui as alunas, a gente tenta trabalhar não só a questão física dela, e de prevenção da questão da ociosidade que vem tendo junto com esse sedentarismo, a gente procura também ver ela num todo, ver ela tanto na questão da humanização, a maioria dessas doenças que nós vemos aqui com esse acompanhamento que tem aqui, percebemos que termina sendo aquelas doenças psicossomáticas. Que um simples conversar com elas, basta um diálogo, ou um simples abraço que a gente dá, já alivia não só as tensões do dia-a-dia, mas também elas se sentem à vontade. É

tanto que no relato e no depoimento dessas pessoas esses cuidar, que não é um cuidar, é um carinho a mais, uma atenção a mais, que a gente tem com elas, que se torna para elas um cuidar. É como se fossemos uma mãe para elas. E até brinco eu digo: a senhora com idade de ser minha avó e eu sou sua mãe. Risos... Então assim, essa questão, essa relação, essa afinidade que se cria, para mim é que é o cuidar. O cuidar e o cuidado que se tem, de se ter um olhar um prisma diferente sobre essas pessoas. Não só com a questão física, mas sim o emocional, trabalhar o Eu dessas pessoas, é aí onde entra o trabalho de humanização. E eu acredito que aos pouquinhos cada uma de nós tentamos trabalhar aqui (PEF16:1, 2008).

O cuidado para mim em relação às aulas de Educação Física é a gente preparar as aulas conforme as necessidades dos alunos de forma mais prazerosa possível para eles e para nós também .(PEF17:1, 2008).

Cuidar é estar perto, é saber das necessidades da outra pessoa e em relação aqui ao Projeto, cuidar é saber receber cada um, saber preparar a aula de acordo com a necessidade deles, em fim...é isso (PEF18:1, 2008).

Com relação a nossa atividade, ao Projeto, eu acho que cuidado, vai, acho que desde a preparação da aula, de acordo com a clientela, de acordo com a necessidade de cada um até a execução da aula ou até mesmo atenção que temos com cada aluno, o cuidado na execução de cada exercício se está fazendo correto, se estão fazendo correto para não ter prejuízo. O que a gente busca são benefícios. Eu acho que o principal, o principal nisso tudo, é atenção que a gente tem para com eles, porque no dia que eles chegam e dão bom dia e a gente não dá, eles já ficam falando, Ah! O que é que você tem? Estão tristes? Porque não deram bom dia? Acho que atenção é crucial. Acho que envolve também cuidar, cuidar também participa. Desde a preparação da aula, atenção durante a aula e atenção para com eles (PEF19:1, 2008).

Percebe-se que a concepção de cuidado, para os profissionais desta praça, revela similaridades com outros pontos levantados por outras equipes, como a preparação da aula visando à necessidade do outro, à questão do indivíduo sujeito singular, que é preciso estar perto para ir além do aspecto preventivo, visando à escuta, ao diálogo, ao toque ,à humanização.

Quanto à questão de como esses profissionais cuidam, em suas atividades diárias, os mesmo relatam que:

Cuido, primeiro recepcionando com o sorriso, tentando trabalhar com eles a questão do bom dia e do abraço, trabalhar essa questão do corpo, trabalhar a cultura corporal não só através dos movimentos, mas também através desse afeto, desses carinho, e fazer essa troca de experiência, não só eu com eles mas colocar um aluno com outro aluno cumprimentado, através de dinâmicas, dinâmicas essas que tem esse objetivo, que nosso cunho principal seria resgatar essas pessoas, não só a alto estima delas mas também o prazer de fazer atividade física, não fazer atividade física por atividade física, mas, a atividade física pelo bem estar e esse bem estar ligado a toda essa consequência que vai vim. Diminuição da pressão arterial, diminuição da depressão, diminuição de doenças psicossomáticas, eu posso dizer, não só as crônico-degenerativas em si (PEF16:3, 2008).

Eu cuido com carinho, com atenção, com afetividade, com a relação que existe professor e aluno, que acaba sendo mais do que uma relação professor e aluno, com a questão de amizade mesmo, de atenção, de respeito e é dessa forma que a gente continua fazendo nossas atividades aqui no Projeto (PEF17:3, 2008).

Em relação aqui ao Projeto e como é um trabalho em grupo, a partir no momento que eles chegam, dar um bom dia, dar um abraço, faz dinâmicas, faz aula de acordo com a necessidades deles (PEF18:3, 2008).

Atenção, carinho, afeto. (PEF19:3, 2008)

Quanto à questão de como estes profissionais cuidam nas suas atividades diárias, eles comentam aspectos relacionados às necessidades dos alunos, do afeto no encontro diário, do respeito, mas também mencionam a cultura corporal do movimento, referente à abordagem crítico-superadora e aos Parâmetros Curriculares Nacionais, mas, talvez, ressignificando essas abordagens já que a atividade vai além do movimento, se faz no imbricamento com a troca de saberes, não só apenas entre o professor indivíduo, mas entre todos os indivíduos, valorizando o ser.

As atividades acontecem em ambientes favoráveis ou não para troca de saberes, para o diálogo para o emponderamento?

Às vezes, temos o ambiente favorável, mas não temos o tempo necessário em nossos encontros com a comunidade, às vezes acontece o contrário.

Tudo é relativo no processo, no Projeto, no encontro; irá sempre depender do olhar, aquele olhar mencionado no início deste estudo.

Focalizamos aqui apenas o olhar do profissional de Educação Física, que muitas vezes não foi considerado um profissional da área da saúde. Nossa pesquisa mostra que os novos espaços que surgiram para o trabalho são ímpares para ressignificar também a profissão, a formação, a percepção da potencialidade do ser educador físico, e, quem sabe, fazer vingar a pedagogia do cuidado na prática do profissional de Educação Física, favorecendo a troca do cuidado com a comunidade, entre eles mesmos e com as demais profissões.

É certo que se o Projeto foi e será analisado sob a ótica de vários leitores, de diversas áreas e diversos saberes e práticas, tendo ou não experiências diretas com a comunidade, levando em conta o modo como a própria comunidade se vê nesse processo e como ela gostaria que ele fosse desenvolvido mediante as perguntas: será que está bom? O que precisa melhorar? Irão surgir outras perspectivas, positivas, negativas, fragilizadas, empoderadas. Há, portanto, ainda muito campo para pesquisa e aprofundamento do conhecimento na experiência do João Pessoa Vida Saudável.

Resta-nos fazer algumas considerações quanto às perspectivas atuais e futuras do Projeto estudado. O Projeto continua vinculado à Diretoria de Vigilância Epidemiológica, sob a Direção de Julia Emília Vaz Sette Câmara. O Projeto anteriormente estava sob a supervisão da Chefe de Seção de Doenças não Transmissíveis (DANTS), Anne Jaquelyne Roque Barreto, cargo ocupado hoje por Danielle Carmem Porto Lucena e tendo como apoio técnico Glaunei Ilberto Policeno de Moura. Há ainda a parceria com a secretaria de Educação Esporte e Lazer, sob a coordenação de Fernanda Antônia de Albuquerque Melo.

A mudança de alguns atores participantes da gestão do Projeto João Pessoa Vida Saudável – Academia Cidadã, juntamente com os profissionais pró-ativos no processo e a escuta e diagnóstico situacional junto à comunidade, fez discernir algumas fragilidades no ponto em que o projeto se encontrava. Lançaram-se, então, algumas estratégias de Educação Permanente na tentativa de aparar algumas arestas e ressignificar cuidado em saúde a partir dos profissionais de Educação Física, introduzindo-se diversas discussões acerca do processo de trabalho, oficinas de cuidado destinados ao cuidador, de escuta a esses cuidadores, bem como acerca do funcionamento do SUS no Plano Municipal de Saúde, do Pacto em Defesa da Vida, da questão do cuidado qualificado e humanizado, dentre outras. A ligação com a Atenção Básica se faz mediante as questões e interesses da comunidade frente às suas necessidades, disparando o processo de mudança na intenção de, juntamente com os atores envolvidos, perceber a melhor solução a ser alcançada.

A proposta da Educação Permanente também se refletiu na participação dos profissionais que fazem parte do Projeto, na III Mostra Nacional de Produção em Saúde da Família, estreitando os laços e demonstrando que é possível, mediante o Pacto em Defesa da Vida, utilizar-se dos indicadores da vigilância epidemiológica sem esquecer as singularidades existentes em cada indivíduo na atenção básica, consolidando também as vivências realizadas com a comunidade.

Segundo o apoiador técnico responsável pelo Projeto João Pessoa Vida Saudável, Glaunei Liberto Policeno de Moura (Nei).

“[...] o Projeto não é uma pedra, ele vive em continuidade, na educação permanente. Então assim, o que é bom hoje, não vai ser daqui a um ano... Ele está em processo de construção pelas pessoas que vem e vão e que faz e farão parte do processo. Então é uma coisa em crescimento. Nós nunca vamos parar de mudar, como nunca vamos parar de crescer.”

Hoje, o Projeto João Pessoa Vida Saudável está em outro momento. Revela, com maior clareza de percepção e mais maturidade, a perspectiva de que é a partir das

necessidades da comunidade que se pensam as estratégias a serem potencializadas em cada praça. Tal visão delinea-se pela ampliação da Academia Cidadã não só horizontalmente, mas acrescentando-lhe outros propósitos e objetivos como a atuação com crianças e adolescentes e uma atuação na Saúde Mental, nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), e ainda a formalização de estágios curriculares com as Instituições de Ensino Superior (IES) dentre outras.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

UM OLHAR QUE PERCEBE POSSIBILIDADES DA DISSEMINAÇÃO DO CUIDADO
ATRAVÉS DOS PROFISSIONAIS DE EDUCAÇÃO FÍSICA

No planejamento deste estudo e em sua realização, tínhamos um objetivo a ser alcançando, que não estava reduzido a uma meta fixa e estanque, como por exemplo, no arco e flecha, onde o alvo central a ser atingido fica muito restrito e as possibilidades de acerto são mínimas. A senda traçada nos levou ao um lugar, mas nesse trajeto sinuoso, desafiador, instigante, revelador de encontros e desencontros, uma certeza ficou, o aprendizado.

Observando as representações sociais dos profissionais de Educação Física acerca da pedagogia do cuidado, estas realizadas através do conceito de cuidado como indagação relacionada à teoria e como eles desenvolvem este cuidado relacionado com sua atividade prática, tentamos perceber se estas percepções poderiam sinalizar uma semente promotora do cuidado na saúde. Chegando ao encontro do propósito traçado, algumas impressões finais e porque não dizer também, iniciais, devidas às inclinações e projeções para outros caminhos a serem percorridos, serão expostas a seguir.

Percebemos, diante das representações sociais acerca da pedagogia do cuidado, as diversidades, similaridades, possibilidades da construção do profissional de educação física no Sistema Único de Saúde como cuidador.

É verdade que as falas representadas e anunciadas pelos profissionais de educação física acerca do cuidado e como eles cuidam, revelando a sua pedagogia enquanto cuidadores, estão enraizadas da construção da história desses, como ser e simultaneamente como indivíduos que receberam em sua formação acadêmica um processo voltado para diversas abordagens.

Demonstraram, em seus testemunhos, percepções higienistas, eugenistas, militaristas, ou seja, enunciados de um corpo que deve ser saudável, que tenha resistência, disciplina e que esteja pronto para atender a uma sociedade que indica o poder que esse corpo tem, tanto na sua funcionalidade, como na sua beleza. Foi expressa também a visão preventivista, voltada para uma preparação do corpo em defesa desse, contra os possíveis agravos à saúde, conseqüentemente, um meio para a promoção da saúde dos sujeitos.

O discurso dos profissionais aproxima-se das possibilidades da promoção da saúde e sua ligação com as atividades corporais, instigando a superação de um corpo que deve combater a inatividade física, um corpo que deve ser distanciado do estilo de vida sedentário, muitas vezes focalizando e muitas vezes restringindo as possíveis trocas de saberes no que tange à educação física enquanto prática de saúde, na diminuição da obesidade, na tentativa de melhorias do condicionamento físico, conseqüentemente, na recuperação da capacidade do indivíduo em suportar esforços físicos realizados no seu dia-a-dia, de forma otimizada para afastá-los dos processos de adoecimento.

A ligação e disseminação da junção dos termos, exercício físico e saúde, ou “exercício físico é saúde” reflete nos discursos, quando revelam que a falta ou diminuição da atividade física, conseqüentemente, será a porta ou a possibilidade de agravos à saúde. Passa-se assim a instigar a educação física como um meio promotor da saúde através da prática corporal do movimento, quando o corpo passa a ser gerenciado para as capacidades ou valências físicas em um pensamento entre mente e corpo que deveria envolver ou que envolve a subjetividade dos corpos, mas sem deixar a impressão fixada dos hábitos saudáveis pelo exercício, findando ao corpo humano ao movimento e este, ao ser movimentado, desencadeamento da saúde.

Atualmente a saúde é entendida também como um meio de defesa da vida através dos cuidados progressivos e integrais à saúde dos indivíduos. Nesse contexto, a saúde cuidada almeja a proteção ou a cura. Diante dessa perspectiva, os profissionais de educação física anunciaram no processo de como eles cuidam, que as suas práticas não se findam na aptidão física, e sim no cultivo da relação com a população gerando vida nesses encontros, pois, percebe-se o vínculo. É verdade que este apresenta fragilidades e muitas arestas ainda devem ser aparadas, problematizadas e ressignificadas, devido ao objetivo inicial do projeto em “ensinar o autocuidado” na perspectiva de mudanças de hábitos para diminuir as incidências de agravos notificados pela vigilância epidemiológica.

Diante da discussão em que a vigilância epidemiologia visa diminuições de agravos à saúde, esses são catalogados, classificados, notificados, enumerados, e, partindo dos dados, são formulados os indicadores, dos projetos de promoção da saúde, que devem ser construídos. Percebe-se uma atividade verticalizada, porém, se esses dados indicados forem construídos mediante as falas e necessidades da comunidade, o mesmo projeto implantado verticalmente mudará seu sentido e não terá a mesma face em todas as comunidades, onde estão sendo desenvolvidos, pois os sujeitos e profissionais são diferenciados e sua autonomia, enquanto agente promotor da saúde, também. Assim a educação física encontra caminhos para a singularidade, subjetividade, representações e necessidades de saúde ímpares, quando sua prática perpassa pelo ato cuidador.

Ato cuidador e educador que transborda em vida, na perspectiva de um trabalho vivo em ato, essa visão talvez seja de um olhar otimista e pouco crítico, um tanto utópico de um pesquisador de conceitos, livros, enunciados, textos, que vivenciou pouco os conflitos, desafios, decepções, entaves e frustrações. De um pesquisador que optou no seu estudo por uma análise de falas, anúncios, conteúdos, pois a etnografia estava distante das suas possibilidades.

Na realidade, quando os conteúdos são analisados, os sujeitos revelam em si a verdade dos conteúdos, sabendo que estas verdades diferenciam-se das verdades vivenciadas no dia-a-dia, essas encharcadas de todas as características de um processo de trabalho que os envolve os sujeitos. Esse tipo de análise pode, na verdade, esconder o suor, as lágrimas, os sorrisos, os calos, as dores, o alívio, a satisfação, mas, não deixam de ser reais apenas porque são conteúdos.

Esses conteúdos construídos a partir da história, dos conceitos, das falas digitalizadas, fizeram-nos perceber que muito já se fez no processo de trabalho dos profissionais de educação física que estão no projeto João Pessoa Vida Saudável – Academia Cidadã, e muito há ainda o que se fazer, pois a roda esta girando. O que se espera é que o trabalho cuidador desses profissionais seja um ato que gere vida e transforme os espaços, os encontros, os sujeitos atores e autores da sua história. Muitas vezes esse cuidado utiliza-se de estratégias e recursos de um trabalho morto, fixado em números, mas, na singularidade de cada encontro que visa ao cuidado é produzido o trabalho vivo em ato deixando à margem a matéria prima bruta, sem vida do trabalho morto.

As lutas constantes dos trabalhadores de saúde em transformar trabalho morto em processo de trabalho vivo estão, em todo momento, acontecendo, não apenas nesse projeto, mas em muitos espaços institucionais ou não, pois, na ontologia do ser existe a possibilidade do cuidado que se transforma ou se faz em ato quando este ser, na sua autonomia, decide-se por desencadear o ser cuidador que existe em seu interior.

Nesse contexto, o ato de cuidar ocorre na relação entre os indivíduos e o profissional, nessa intercessão são reveladas as necessidades, as trocas de saberes, a singularidade do encontro juntamente com o processo de trabalho morto dos serviços de saúde e a dinâmica do processo de trabalho vivo de cada profissional. Assim, a educação física poderá na extensão subjetiva do ato de cuidar revelado em sua prática, algo que perpassa o movimento, mas também desse corpo em movimento que vai ao encontro do outro, expressando impressões dos sentimentos do corpo, corpo que fala, que tem suas razões e que pensa, e que precisa desse encontro para revelar junto com o outro algo que se pode perceber vivenciar, experienciar, aprender e descobrir as suas próprias potencialidades.

Por fim, acreditamos que o profissional de Educação Física no Sistema Único de Saúde, possui conhecimentos que podem contribuir e semear a promoção da saúde dos indivíduos, e semeá-la não em uma pedagogia que vise ao ensino e aprendizagem, algo estanque e verticalizado, sendo um detentor do conhecimento e o outro receptor, mas uma “pedagogia cuidadora” que vise à troca de saberes a partir das necessidades e anseios do

outro, tornando mais palpáveis as possibilidades de êxitos do cuidado em saúde, como um movimento contínuo e duradouro visando à transformação da vida.

REFERÊNCIAS

ACSM, American College Of Sports Medicine. **Diretrizes do ACSM para os testes de esforço e sua prescrição**. 6ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2003.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. 3ª ed. Lisboa: Edições 70, 2004.

BOAVENTURA, João. **Carta aberta ao Prof. João Olímpio Aires**. Portugal: Desporto e Direito, 2006. Disponível em : <<http://chabert.blogs.sapo.pt/?>>. Acesso em: 10-03-2008.

BOFF, Leonardo. **Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.

BOUCHARD, Claud. Physical Activity, Fitness, and Health: Overview of the Consensus Symposium. In: SHEPHARD, Roy (Org) **Toward active living**. Champaign: Human Kinetics, 1994.

BRACHT, Victor. **Educação Física e ciência: cenas de um casamento (in) feliz**. Ijuí : Ed.Unijuí, 1999.

BRASIL. Lei n.º. 8.080, 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, p.018055, seção I, 20/ set./1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde/Projeto Promoção da Saúde. **Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução Nº 218, de 06 de março de 1997** . Disponível em: < <http://www.datasus.gov.br/conselho/resol97/res21897.htm> > . Acesso em: 20-04-2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. A Implantação da Unidade de Saúde da Família. **Cadernos de Atenção Básica – Programa Saúde da Família**. Caderno 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Secretaria Executiva, Secretaria de Estado de Saúde e Secretaria de Saúde. **Metas de desenvolvimento do milênio**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em 10-10-2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/topicos/topico_det.php?=&letra=>>. Acesso em: 10-05-2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.607/GM - 10 de dez. de 2004. **Plano Nacional de Saúde/PNS – Um Pacto pela Saúde no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/GM_2607.pdf>. Acesso em: 15-02-2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Educação permanente entra na roda**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br>> . Acesso em 24-03-2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção a Saúde. **Pactos pela Vida**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A construção do SUS: histórias da reforma sanitária e do processo participativo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Governo Federal discute mudanças nos cursos de graduação da área de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: < http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/noticias_detalhe.cfm?co_seq_noticia=1097>. Acesso em: 10-06-2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.607/GM - 10 de dez. de 2004. **Plano Nacional de Saúde/PNS – Um Pacto pela Saúde no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/GM_2607.pdf>. Acesso em: 15-02-2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Governo apóia maior estudo da América Latina sobre hipertensão e diabetes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008a. Disponível em: < http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=23971>. Acesso em: 10-03-2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ministério lança campanha de incentivo à prática de atividade física**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008b. Disponível em: < <http://portal.saude.gov.br/saude/>>. Acesso em: 04-04-2008b.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. **A Saúde Pública e a defesa da Vida**. São Paulo: Hucitec, 1991.

_____. **Apoio Padéia**. Brasília: 2001. Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: < http://w3.datasus.gov.br/gerdesenv/apoio_paideia.php>. Acesso em: 15-01-2008.

CARVALHO, Yara Maria. **O mito da atividade física e saúde**. São Paulo: Hucitec, 2004.

_____. Atividade física e saúde: onde está e quem é o “sujeito” da relação? **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, v.22, n.2, 2005.

CARVALHO, Sérgio Resende. **Saúde Coletiva e Promoção da Saúde**: sujeito e mudança. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

CASTELLANI FILHO, Lino. **Educação Física no Brasil**: a história que não se conta. Campinas: Papirus, 1988.

CBPIS. Carta Brasileira da Prevenção integrada a Saúde. **Da atividade física e promoção da saúde**. 2005. Disponível em: < <http://www.tubino.pro.br/Saude.pdf>>. Acesso em: 12-01-2008.

CONFED. **Formação Superior em Educação Física**. 2002. Disponível em: < <http://www.confed.com.br> >. Acesso em 15-09- 2006.

CONNAS. Informativo eletrônico do conselho nacional de secretários de saúde. **Editorial do Estado de SP sobre a regulamentação da EC 29. As verbas da Saúde**. 2005. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/admin/arquivos/informa/CI%20113-05.pdf>> Acesso em: 28/05/2008.

CUNHA, Beatriz Belluzzo Brando; CARVALHO, Luciana Fátima de. **Cuidar de crianças em creches: os conflitos e os desafios de uma profissão em construção**. Anais da 25ª Reunião Anual da ANPED: Caxambu, 2002.

CRUZ, Silvia Helena Vieira. Reflexões acerca da formação do educador infantil. **Cadernos de Pesquisa de São Paulo**, n.97, p.79-89, mai –jun, 1996.

DARIDO, Suraya Cristina; RANGEL, Irene Conceição Andrade. **Educação Física no Ensino Superior**. Educação Física na Escola: Implicações para prática pedagógica. Rio de Janeiro: Guanabara, 2005.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. **Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde**. Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978. Disponível em: < <http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>>. Acesso em: 01-04-2008.

DECLARAÇÃO DE OTTAWA. **Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde**. Ottawa, Canadá, novembro de 1986. Disponível em: < <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf>>. Acesso em: 01-04-2008.

DECLARAÇÃO DE ADELAIDE. **Segunda Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde**. Adelaide, Austrália, 5-9 de abril de 1988. Disponível em: < <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Adelaide.pdf>>. Acesso em: 01-04-2008.

DECLARAÇÃO DE SUNDSVALL. **Terceira Conferência Internacional de Promoção da Saúde**. Sundsvall, Suécia, 9-15 de junho de 1991. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Sundsvall.pdf>>. Acesso em: 01-04-2008.

DECLARAÇÃO DE SANTAFÉ DE BOGOTÁ. **Conferência Internacional de Promoção da Saúde**. Santafé de Bogotá, Colômbia, 9-12 de novembro de 1992. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/santafé.pdf>>. Acesso em: 01-04-2008.

DECLARAÇÃO DE JACARTA. **Quarta Conferência Internacional de Promoção da Saúde**. Jacarta, Indonésia, 21-25 de julho de 1997. Disponível em:<<http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/jacarta.pdf>>. Acesso em: 01-04-2008.

DECLARAÇÃO DO MÉXICO. **Quinta Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde**. Cidade do México, México, 5-9 de junho de 2000. Disponível em:<<http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/mexico.pdf>>. Acesso em: 01-04-2008.

DECLARAÇÃO DE BANGKOK. **Sexta Conferência Global de Promoção da Saúde**. Bangkok, Tailândia, 11 de agosto 2005. Disponível em:<<http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/mexico.pdf>>. Acesso em: 01-04-2008.

FERNANDES, Juan Carlos Aneiros; MENDES, Rosilda. **Promoção da saúde e gestão local**. São Paulo: HUCITEC, 2007.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Miniaurélio Século XXI: O dicionário da língua portuguesa**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2005.

FERREIRA, Juliana Moretti; MISHIMA, Silvana Martins. O processo de municipalização da saúde sob o olhar do ser humano-trabalhador de enfermagem da rede básica de saúde. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v.12, n.2, p. 212-220, 2004.

FLEURY, Sônia. A Análise Necessária da Reforma Sanitária. **Revista Saúde em Debate**, Brasília, v. 22, 1988.

FRANCO, Maria Laura Publisi Barbosa. **Análise de conteúdo**. 2ª ed. Brasília: Liber, 2007.

FUJIWARA, Luis Mario ; ALESSIO, Nelson Luiz Nouvel; FARAH, Marta Ferreira Santos . (orgs.) **20 Experiências de gestão pública e cidadania**. São Paulo: Programa Gestão Pública e Cidadania, 1998.

FOULCAULT, Michel. **A história da sexualidade: o cuidado de si**. 8ª ed. São Paulo: GRAAL, 2006.

GEIB, Lorena. **Educare: a pedagogia do cuidado**. Passo Fundo: UPF, 2001.

GHIRALDELI JR., Paulo. **Filosofia da Educação**. 2ª ed. Rio de Janeiro: DP&A, 2002.

_____. Educação Física e pedagogia: a questão dos conteúdos. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, v.11, n.3, p. 197-200, 1990.

GRAÇA, Paulino ; ALMEIDA, Vaz. **Atitudes e comportamentos de adultos europeus face à atividade física**. Lisboa: Horizonte, v. 15, n. 85, p. 9-16, 1998.

GUATTARI, Félix; ROLNIK, Suely. **Micropolítica: cartografias do desejo**. Petrópolis: Vozes, 1986.

HEIDEGGER, Martin. **Ser e Tempo**. Petrópolis: Vozes, 2006.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Contagem da população em 2007**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/populacao/contagem2007/>. Acesso em: 15-08-2007.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Projeção da população no Brasil**. 2008. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/>. Acesso em 08-05-2008.

JORGE, Maria Helena Prado de Mello; KOIZUMI, Maria Sumie. Gastos governamentais do SUS com internações hospitalares por causas externas: análise do Estado de São Paulo, 2000. In: **Revista Brasileira de Epidemiologia**. v.7 n.2 São Paulo jun. 2004 Disponível em: [http://www.scielo.org/scielo.php?>](http://www.scielo.org/scielo.php?) Acesso em: 28/05/2008

KARAM, Valdo. **Sementeiro**. Disponível em: <http://inspirefundo.blogspot.com/2007/11/sementeiro.html>. Acesso em: 15-03-2008.

KUNZ, Eleonor. **Transformação didático-pedagógica do esporte**. 6ª ed. Ijuí: Unijuí, 2004.

LUZ, Madel Terezinha. As conferencias Nacionais de Saúde as Políticas de Saúde da Década de 80. In: GUIMARÃES, Reinaldo; TAVARES, Ricardo Antonio Wanderley. **Saúde Sociedade no Brasil: anos 80**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994.

MEDINA, João Paulo Subirá. **A educação física cuida do corpo e mente**. Campinas: Papirus, 1983.

MENEGHEL, Stela Nazareth. **Saúde Coletiva no Brasil**. 2006. Disponível em: http://www.unisinos.br/ihuonline/index.php?option=com_tema>. Acesso em: 10-12-2008.

MENDES, Eugênio Vilaça. O processo social de distritalização da saúde. In: MENDES, Eugênio Vilaça. org. **Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo: HUCITEC/Abrasco, 1993.

_____. **Os Grandes Dilemas do SUS**. Salvador: Casa da Qualidade, 2001.

_____. **A Atenção Primária à Saúde no SUS** . Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MERHY, Emerson Elias; CECÍLIO, L. C.; NOGUEIRA, F.R.C. Por um modelo técnico assistencial da política de Saúde em defesa da vida: Contribuição para as Conferencias de Saúde. **Revista Saúde em Debate**, v 33, p. 83-89, 1991.

MERHY, Emerson Elias. **Público e privado: entre aparelhos, rodas e praças**. Campinas, 2006. Disponível em: <http://paginas.terra.com.br/saude/merhy/textos/aparelhorodapra.pdf>. Acesso em: 01-12-2008.

MIGOTT, Ana Maria Bellani. **Cuidado Construtivo: desvelando questões essenciais entre o agir e o técnico**. Passo Fundo: UPF, 2001.

MINAYO, Maria Cecília de Saouza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10ª ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MORSE, Janice. Concepts of caring and caring as a concept. **Adv. Nsg Sci**.v.13, n. 1, p. 1-14, Set., 1990.

MOSCOVICI, Serge. **Representações Sociais: investigações em psicologia social**. 2ª ed. Petrópolis: Vozes, 2004.

OMS.Organização Mundial da Saúde. **Estratégia global em alimentação saudável, atividade física e saúde**. 57ª Assembléia Mundial de Saúde – WHA57.17, 8ª Sessão plenária, 22 de maio de 2004.

PARAÍBA. Governo do Estado da Paraíba. **Secretário de Saúde reúne representantes dos núcleos de saúde**. João Pessoa: GEP, 2008. Disponível em:<http://portal.paraiba.pb.gov.br/index.php?option=com_content&task=view&id=3198&Itemid=2. Acesso em: 10-05-2008.

PMS. Plano Municipal de Saúde 2006-2009. **Organização da rede de Serviços de Saúde**. João Pessoa: PMJP, 2006.

QUINTANA, Mário. **Poesia completa**. Org. por Tania Franco Carvalhal. Rio de Janeiro: Nova Aguilar, 2005.

RAMOS, Jayr Jordão. Manifesto Mundial de Educação Física da Federação Internacional de Educação Física – FIEP . **Revista Brás. Educ. Física e Desp**. v. 4, n, 10, p. 15-21, 1971.

RESENDE, Conceição. **A reforma do Estado brasileiro e o SUS**. Disponível em:<<http://www.datasus.gov.br/cns/temas/tribuna/REFORMA1.htm>>. Acesso em: 15-01-2008.

SADER, Eder Simão. **Quando novos personagens entraram em cena: experiências, falas e lutas dos trabalhadores da grande São Paulo, 1970-80**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988.

SADALA, Maria Luiza. A autonomia/ mutualidade da assistência de enfermagem. **Revista Latino- americana de Enfermagem, Ribeirão Preto**, v.4n,1, p.111-117, 1996.

SALOMON, Marta. **Banco Mundial impõe condição para ajuda**. In: **Folha de S.Paulo**, Brasília, 2003. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/folha/brasil/ult96u50970.shtml>. Acesso em: 28/05/2008

SAÚDE. **A educação permanente entra na roda: pólos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer**. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

SAÚDE. **Sacode João Pessoa**. Secretaria Municipal de Saúde. Diretoria de Vigilância á Saúde. Gerência de Vigilância Epidemiológica Seção de Doenças e Agravos não Transmissíveis. 2006. Disponível em: < <http://www.joaopessoa.pb.gov.br/secretarias/saude/>>. Acesso em: 10-09-2006.

SAÚDE. **Prefeitura Municipal de João Pessoa**. João Pessoa: PMS, 2007. Disponível em: < <http://www.joaopessoa.pb.gov.br/secretarias/saude/>>. Acesso em: 22-10-2007.

SILVA, Alcione Leite da. **Cuidado Transdimensional: um paradigma emergente**. Pelotas: Ed.Universitária. 1997.

_____. **Cuidado Transdimensional: um novo paradigma para a saúde**. São Caetano do Sul: Yendis, 2005.

SOARES, Carmem Lúcia. **Educação física: raízes européias e Brasil**. Campinas: Autores Associados, 1994.

SOARES, Carmem Lúcia; TAFFAREL, Celi Nelza Zülke; VARJAL, Elizabeth; CASTELLANI FILHO, Lino; ESCOBAR, Micheli Ortega; BRACHT, Valter. **Metodologia do Ensino da Educação Física**. São Paulo: Cortez, 1992.

SPINK, M. J. Psicologia da saúde: a estruturação de um novo campo do saber. In: CAMPOS, F. C. B. (Org.) **Psicologia e saúde: repensando práticas**. São Paulo: Hucitec, 1993.

TUBINO, Manuel. Congresso Mundial de Educação Física Desporto e Recreação – **Manifesto Mundial de Educação Física**. Foz do Iguaçu: FIEP, 2000.

VADE MECUM. **Constituição Federal**. 5ª ed. São Paulo: Saraiva, 2008.

WALDOW, Vera Regina. **Cuidado Humano: o resgate necessário**. 3ª ed. Porto Alegre: Sagra, 2001.

WESTPHAL, Maria Faria; ZIGLIO, Erio. Políticas Públicas e Investimentos: a intersetorialidade. IN: SEIXAS, S.G. Fundação Faria Lima. **Município século XXI: cenários e perspectivas**. São Paulo: Hamburg, 1999.

_____. O Movimento Cidades/ Municípios Saudáveis: um compromisso com a qualidade d vida. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, vol.5, n.01, p.39-52, 2000.

FONTE ORAL:

MOURA, Glaunei Ilberto Policeno. **Características do Projeto João Pessoa Vida Saudável na Atualidade e Projeções Futuras**. Entrevista concedida a Valéria Matos Leitão de Medeiros. João Pessoa, 28-07-2008.

SRP1. Senhor participante 1. Vídeo “**É tempo de cuidar, é tempo de respeitar**”. Secretaria de Saúde de João Pessoa - Setor de Vigilância Epidemiológica. João Pessoa: SMS, 2008.

SRAP1. Senhora participante 1. Vídeo “**É tempo de cuidar, é tempo de respeitar**”. Secretaria de Saúde de João Pessoa - Setor de Vigilância Epidemiológica. João Pessoa: SMS, 2008.

SRAP2. Senhora participante 2. Vídeo “**É tempo de cuidar, é tempo de respeitar**”. Secretaria de Saúde de João Pessoa - Setor de Vigilância Epidemiológica. João Pessoa: SMS, 2008.

SRAP3. Senhora participante 3. Vídeo “**É tempo de cuidar, é tempo de respeitar**”. Secretaria de Saúde de João Pessoa - Setor de Vigilância Epidemiológica. João Pessoa: SMS, 2008.

SRAP4. Senhora participante 4. Vídeo “**É tempo de cuidar, é tempo de respeitar**”. Secretaria de Saúde de João Pessoa - Setor de Vigilância Epidemiológica. João Pessoa: SMS, 2008.

SRAP5. Senhora participante 5. Vídeo “**É tempo de cuidar, é tempo de respeitar**”. Secretaria de Saúde de João Pessoa - Setor de Vigilância Epidemiológica. João Pessoa: SMS, 2008.

SRAP6. Senhora participante 6. Vídeo “**É tempo de cuidar, é tempo de respeitar**”. Secretaria de Saúde de João Pessoa - Setor de Vigilância Epidemiológica. João Pessoa: SMS, 2008.

SRAP7. Senhora participante 7. Vídeo “**É tempo de cuidar, é tempo de respeitar**”. Secretaria de Saúde de João Pessoa - Setor de Vigilância Epidemiológica. João Pessoa: SMS, 2008.

PEF1. Profissional de Educação Física. **Roteiro da entrevista semi-estruturada**. João Pessoa: UFPB, 15-01-2008. Entrevista a Valéria Matos Leitão de Medeiros.

PEF2. Profissional de Educação Física. **Roteiro da entrevista semi-estruturada**. João Pessoa: UFPB, 15-01-2008. Entrevista a Valéria Matos Leitão de Medeiros.

PEF3. Profissional de Educação Física. **Roteiro da entrevista semi-estruturada**. João Pessoa: UFPB, 14-02-2008. Entrevista a Valéria Matos Leitão de Medeiros.

PEF 4. Profissional de Educação Física. **Roteiro da entrevista semi-estruturada**. João Pessoa: UFPB, 05-03-2008. Entrevista a Valéria Matos Leitão de Medeiros.

PEF5. Profissional de Educação Física. **Roteiro da entrevista semi-estruturada**. João Pessoa: UFPB, 05-03-2008. Entrevista a Valéria Matos Leitão de Medeiros.

PEF6. Profissional de Educação Física. **Roteiro da entrevista semi-estruturada**. João Pessoa: UFPB, 05-03-2008. Entrevista a Valéria Matos Leitão de Medeiros.

PEF7. Profissional de Educação Física. **Roteiro da entrevista semi-estruturada**. João Pessoa: UFPB, 04-03-2008. Entrevista a Valéria Matos Leitão de Medeiros.

PEF8. Profissional de Educação Física. **Roteiro da entrevista semi-estruturada**. João Pessoa: UFPB, 04-03-2008. Entrevista a Valéria Matos Leitão de Medeiros.

PEF9. Profissional de Educação Física. **Roteiro da entrevista semi-estruturada**. João Pessoa: UFPB, 04-03-2008. Entrevista a Valéria Matos Leitão de Medeiros.

PEF10. Profissional de Educação Física. **Roteiro da entrevista semi-estruturada.** João Pessoa: UFPB, 06-03-2008. Entrevista a Valéria Matos Leitão de Medeiros.

PEF11. Profissional de Educação Física. **Roteiro da entrevista semi-estruturada.** João Pessoa: UFPB, 06-03-2008. Entrevista a Valéria Matos Leitão de Medeiros.

PEF12. Profissional de Educação Física. **Roteiro da entrevista semi-estruturada.** João Pessoa: UFPB, 06-03-2008. Entrevista a Valéria Matos Leitão de Medeiros.

PEF13. Profissional de Educação Física. **Roteiro da entrevista semi-estruturada.** João Pessoa: UFPB, 14-03-2008. Entrevista a Valéria Matos Leitão de Medeiros.

PEF14. Profissional de Educação Física. **Roteiro da entrevista semi-estruturada.** João Pessoa: UFPB, 14-03-2008. Entrevista a Valéria Matos Leitão de Medeiros.

PEF15. Profissional de Educação Física. **Roteiro da entrevista semi-estruturada.** João Pessoa: UFPB, 14-03-2008. Entrevista a Valéria Matos Leitão de Medeiros.

PEF16. Profissional de Educação Física. **Roteiro da entrevista semi-estruturada.** João Pessoa: UFPB, 05-04-2008. Entrevista a Valéria Matos Leitão de Medeiros.

PEF17. Profissional de Educação Física. **Roteiro da entrevista semi-estruturada.** João Pessoa: UFPB, 05-04-2008. Entrevista a Valéria Matos Leitão de Medeiros.

PEF18. Profissional de Educação Física. **Roteiro da entrevista semi-estruturada.** João Pessoa: UFPB, 05-04-2008. Entrevista a Valéria Matos Leitão de Medeiros.

PEF19. Profissional de Educação Física. **Roteiro da entrevista semi-estruturada.** João Pessoa: UFPB, 05-04-2008. Entrevista a Valéria Matos Leitão de Medeiros.

Apêndice A – Roteiro da Entrevista Semi-Estruturada

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO
MESTRADO EM EDUCAÇÃO

1) FICHA IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL

SIGLA NOME	USF	Nº	GÊNERO	IDADE	GRAU DE INSTRUÇÃO	TEMPO NO PROGRAMA

2) QUESTIONÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO DO PROGRAMA/OBSERVACIONAL

PERGUNTAS	OBSERVAÇÕES
01) Quantos habitantes nesta USF?	
02) Quantos Participam do projeto?	
03) Quais os profissionais que compõe?	
04) Quanto tempo tem o programa?	
05) Qual a Frequência semanal?	
06) Qual a duração diária?	
07) Tem algum critério para o individuo participar?	
08) Você realizou algum tipo de avaliação? Qual? Registrou?	
09) Quais os objetivos do programa?	
10) Eles estão sendo alcançados?	
11) Como você diagnosticou os interesses da comunidade?	

2) ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

PERGUNTAS	OBSERVAÇÕES
1) O que é cuidar ou cuidado para você?	
2) você entende esta atividade profissional como um ato de cuidar? Você é um cuidador?	
3) Como você cuida?	
4) Cuidado é algo que esta adstrito ou não a afetividade?	

OBSERVAÇÕES:

Apêndice B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO
MESTRADO EM EDUCAÇÃO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Senhor (a)

Esta pesquisa é sobre **O Profissional De Educação Física Inserido nas Estratégias de Saúde Pública: Reflexões sobre a Pedagogia do Cuidado** e está sendo desenvolvida por Valéria Matos Leitão de Medeiros, aluna do Curso de Mestrado em Educação da Universidade Federal da Paraíba, sob a orientação do(a) Prof(a) Dr. Iraquiton de Oliveira Caminha.

Os objetivos do estudo são Contextualizar a educação em saúde e as estratégias de saúde da Família através das reflexões sobre a pedagogia do cuidado na educação física; Identificar as percepções dos professores de educação física a cerca do cuidado.

A finalidade deste trabalho é contribuir para o esclarecimento a respeito da percepção do cuidado para os educadores físicos inserido nas estratégias de saúde da família que tem como fundamento primordial a atenção (cuidado) básica na saúde.

Solicitamos a sua colaboração para responder a entrevista, como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo. Informamos que essa pesquisa não oferece riscos, previsíveis, para a sua saúde.

Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo Pesquisador(a).

A pesquisadora estará a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido(a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento.

Assinatura do Participante da Pesquisa
ou Responsável Legal

Assinatura da Testemunha

Espaço para
impressão
dactiloscópica

Contato com o Pesquisador (a) Responsável:

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para o (a) pesquisador (a) Valéria Matos Leitão de Medeiros -----

Telefone: 9918-5193

Atenciosamente,

Assinatura do Pesquisador Responsável

João Pessoa, ____/____/____.