

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA**

Ana Paula Martins Vicentin

**Conhecendo para intervir,
em direção ao empoderamento
pela atividade física no
Complexo São Marcos,
Campinas - SP**

Campinas
2008

Ana Paula Martins Vicentin

**Conhecendo para intervir,
em direção ao empoderamento
pela atividade física no
Complexo São Marcos,
Campinas - SP**

Dissertação de Mestrado apresentada à
Pós-Graduação da Faculdade de
Educação Física da Universidade
Estadual de Campinas para obtenção do
título de Mestre em Educação Física.

Orientador: Prof. Dr. Aguinaldo Gonçalves

Campinas
2008

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA
PELA BIBLIOTECA FEF - UNICAMP**

V662c Vicentin, Ana Paula Martins.
 Conhecendo para intervir, em direção ao empoderamento pela
 atividade física no Complexo São Marcos, Campinas-SP / Ana Paula
 Vicentin. - Campinas, SP: [93p], 2008.

 Orientador: Aguinaldo Gonçalves.
 Dissertação (mestrado) – Faculdade de Educação Física,
 Universidade Estadual de Campinas.

 1. Promoção da saúde. 2. Atividade física. 3. Pesquisa qualitativa. I.
 Gonçalves, Aguinaldo. II. Universidade Estadual de Campinas, Faculdade
 de Educação Física. III. Título.

(asm/fef)

Título em inglês: Knowing in to intervene, towards empowerment and citizenship, through Physical Education at São Marcos Complex, Campinas- SP

Palavras-chaves em inglês (Keywords): Health Promotion. Motor Activity. Qualitative Analysis.

Área de Concentração: Ciências do Desporto.

Titulação: Mestrado em Educação Física.

Banca Examinadora: Aguinaldo Gonçalves. Roberto Carlos Burini. Roberto Rodrigues Paes.

Data da defesa: 20/02/2008.

Ana Paula Martins Vicentin

**Conhecendo para intervir,
em direção ao empoderamento
pela atividade física no
Complexo São Marcos,
Campinas - SP**

Este exemplar corresponde à redação final da Dissertação de Mestrado defendida por Ana Paula Martins Vicentin e aprovada pela Comissão julgadora em: 20/02/2008

Prof. Dr. Aguinaldo Gonçalves
Orientador

Campinas
2008

Ana Paula Martins Vicentin

**Conhecendo para intervir,
em direção ao empoderamento
pela atividade física no
Complexo São Marcos,
Campinas - SP**

Este exemplar corresponde à redação final da Dissertação de Mestrado defendida por Ana Paula Martins Vicentin e aprovada pela Comissão julgadora em: 20/02/2008.



Prof. Dr. Aguinaldo Gonçalves
Orientador

Campinas
2008

COMISSÃO JULGADORA



Prof. Dr. Aguinaldo Gonçalves
Orientador



Prof. Dr. Roberto Carlos Burini
Avaliador Externo



Prof. Dr. Roberto Rodrigues Paes
Avaliador Interno

Dedicatória

Dedico a todos que de alguma forma contribuíram e me acompanharam nesse caminho...

Passaram-se três anos....passaram-se, aliás, muito mais...É bom olhar para trás... Em todo esse tempo, no meu envolvimento com o mundo acadêmico, com pesquisa, a busca pelas perguntas, dos caminhos, a busca pelas repostas...Essa caminhada me fez crescer. Hoje, pela circunstância de um fim, ou a conclusão de mais uma etapa é hora da reflexão: como aprendi, como foi-me instigante a vida na Universidade, um mundo cheio de novidades, oportunidades, saberes, professores, fazeres, pessoas...a Unicamp foi-me muito mais...

Depois de entrar e estar na FEF, por muitos institutos e experiências passei...pela Educação, FCM, as AM's, Enfermagem, CEL, IB, CB, IFCH, IA, IEL, pela Extensão, inglês, italiano, espanhol...pela Iniciação.....entrei no GSCEAF,....muitos Congressos..Conbrace, Internos de Iniciação, SBPC, Celafiscs, Mineiro em Viçosa....QV em Porto Alegre...o livro Aprender a Nadar, capítulo no outro livro...e assim foi-se construindo minha trajetória.

Nessa corrida, muito aprendi, muito grande foi a auto-motivação, muitas provocações, estímulos, nesse caminho aprendi também a renascer, também foi necessário, buscar e reafirmar os porquês das perguntas, das respostas, escolher dentre opções e fazer o necessário quando não mais havia opção.

Mais na verdade, essa reflexão só quer e precisa dizer uma coisa: como foi bom estar aqui. A Universidade Estadual de Campinas, de forma especial a FEF...certamente abriram novos caminhos em minha vida, e como foi gratificante explorar esse mundo que existe aqui..

Dedico esse meu estudo às pessoas que com seu trabalho, a cada dia buscam fazer esse local de formação melhor, ambiente ético de ensino, produção de saberes. E de forma muito engrandecida à população do São Marcos, que por um bom tempo fez parte dessa caminhada e que por tudo merecem a nossa atenção.

Agradecimentos

Os agradecimentos são muitos!...Foram muitas as pessoas que me ajudaram durante esse processo.

Ao professor Aguinaldo Gonçalves, por sua admirável competência profissional e a clareza em demonstrá-la insistentemente no exercício cotidiano de ser professor.

Ao Grupo de Saúde Coletiva Epidemiologia e Atividade Física, a todos os integrantes, meus companheiros desde 2002. Certamente foram diversos os aprendizados que a construção coletiva oportunizou. Em especial, Glaucia Castro e Carla Léo companheiras da entrada até a saída, valeu!

À FEF, funcionários, professores e toda comunidade que compõe esse ambiente que sempre me acolheu.

A população do Complexo São Marcos, destacadamente às mulheres praticantes da hidroginástica, que foram um marco e grande estímulo à pesquisa.

Ao Prof. Carlos Corrêa, Prof. Humberto Rangel e em especial à coordenação, gestores e frequentadores do Espaço Esperança e Centro Assistencial Vedruna: foram peças fundamentais no desenvolvimento dessa pesquisa.

Ao Jefferson José de Moraes, que desde o início acompanha e incentiva meu trabalho: sua compreensão foi decisiva em diversas oportunidades. A todos os amigos da Sociedade Hípica Campinas.

Aos Prof. Fernando e Ana Maria Cavalcanti Lefèvre, inicialmente pela oportunidade de aprofundamento na técnica aplicada nesse estudo, e pelo acesso livre ao laboratório da Faculdade de Saúde Pública e especialmente pelas contribuições da professora na banca de qualificação.

Ao Carlos do Laboratório de História Oral da Unicamp, pelo auxílio e prontidão nos momentos da transcrição dos dados. Ao Prof. Guilherme Prado da Faculdade de Educação, pelos questionamentos e por me acolher com software necessário em momento decisivo.

Aos meus amigos! Aos colegas de turma 00 Noturno, e tantos outros, pela convivência e por fazer parte dessa história.

À minha família! E tantas pessoas queridas que fazem parte da minha vida!

Ao CNPQ, pela concessão de bolsa durante parte desse estudo.

VICENTIN, Ana Paula Martins. *Conhecendo para intervir, em direção ao empoderamento e à cidadania pela atividade física no Complexo São Marcos, Campinas- SP*. 2008. 93f. Dissertação (Mestrado em Educação Física) - Faculdade de Educação Física. Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2008

Resumo

A expressão Promoção da Saúde tem sido utilizada com significados diversos. Desde 1986, com a Carta de Ottawa, pode ser entendida como o processo de capacitação da comunidade para atuação na melhoria da qualidade de vida e saúde. Com o amadurecimento das práticas, o conceito aproximou-se da perspectiva dos determinantes sociais em saúde, ou seja, os elementos de ordem econômica e social que afetam a situação de saúde de uma população, destacadamente, renda, educação, condições de habitação, trabalho, saneamento e meio-ambiente. Juntamente com essas formas de ação, estão sendo articulados os conceitos de *empowerment*, *advocacy*, *accountability* e *governance*. Partindo desse quadro de referências, buscou-se desenvolver estudo qualitativo, alinhado a obtenção da compreensão de como se dá a relação saúde-atividade física (AF) na comunidade do Complexo São Marcos, Campinas – SP, bem como a exploração dos fatores do acesso limitado aos programas de atividade física. Para coleta dos dados, utilizou-se a técnica de grupos focais, realizados com mulheres frequentadoras de instituições assistenciais locais. Para análise do material foi construído os respectivos Discursos do Sujeito Coletivo (DSC), a partir do aplicativo QualiQuantiSoft®, desenvolvido na Universidade de São Paulo. Do imenso volume de informações apreendidas nesta investigação, bem como de reflexões por elas sugeridas à luz da respectiva literatura técnica, avultam alguns aspectos para consideração. Dessa forma, os resultados e discussão são apresentados de acordo com três temas de interesse: Saúde Coletiva e Atividade Física (SCAF); aspectos atuais do Sistema Único de Saúde e Desigualdade Sociais; e Políticas Públicas e Participação Popular, nos quais são destacados os DSC resultantes. As conclusões do presente estudo destacam i) distanciamento da população estudada tanto para com as condições básicas de saúde e moradia como para demandas relacionadas à AF sistemática; ii) receptividade da inserção, num processo de empoderamento dos protagonistas sociais locais, do diálogo a partir de questões relacionadas à cotidianidade; iii) de forma geral, a dependência a programas governamentais que viabilizam verba mínima para manutenção de necessidades prioritárias à vida. Quanto à relação AF e saúde pode-se apontar a existência da compreensão de que AF é benéfica, a depender das características da sua prática, bem como relativo discernimento quanto ao atual aumento do sedentarismo, no entanto, apesar disso, ausência de AF no dia-a-dia das pessoas. Tais constatações são entendidas pelas próprias condições sociais descritas, mostrando que necessidades básicas para a cidadania, como situação de moradia e alimentação, são naturalmente priorizadas pelas comunidades carentes, à medida em que não são solucionadas por ações governamentais.

Palavras chave: Promoção da saúde; atividade física; análise qualitativa.

VICENTIN, Ana Paula Martins. *Knowing in to intervene, towards empowerment and citizenship, through Physical Education at São Marcos Complex, Campinas - SP*. 2008. 93f. Dissertação (Mestrado em Educação Física) - Faculdade de Educação Física. Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2008

Abstract

Health promotion expression has been used in several meanings. Since 1986, with Ottawa Letter, it can be understood as the community empowerment process to improve quality of life and health. With practices maturity, concept has approached health social determinants perspective, that is, the economic and social elements affecting a population health situation, especially income, education, habitation conditions, work, sanitation and environment. Together with these action forms, concepts of *empowerment*, *advocacy*, *accountability* and *governance* are being articulated. Based on this reference scenario, this qualitative study as developed, lined up to comprehension concerning health-physical activity (PA) relation within the community from São Marcos Complex, Campinas – SP, as well as investigation of factors of limited access to PA program. For data collection focal groups techniques were employed, with women attending local assistance institutions. For material analysis respective Collective Subject Speeches (CSS) were constructed using QualiQuantiSoft® application, developed at University of São Paulo. From the huge information volume collected, as well as from reflections based on respective technical literature, some aspects stand out. This way, results and discussion are presented according to three themes: i) Collective Health and Physical Activity (CHPA); ii) current aspects from Brazilian Health System and Social Inequalities and; iii) Public Policies and Popular Participation, where resulting CSS are pointed out. Current study conclusions point out: i) studied population distancing as to health and habitation basic conditions and demands related to systematic PA; ii) receptiveness of insertion, in a local social actors empowerment process, of dialog based on issues concerning quotidian features; iii) in general, dependence concerning government programs, which make minimal allowance to support life essential needs available. As to PA and health relation, it can be pointed out that despite the fact that PA is understood as beneficial, depending on its practice features and relative perception concerning current sedentarism increase, PA is absent in people's daily activities. Such findings are explained by social conditions described, showing that citizenship basic needs, such as habitation and nourishment, are naturally a priority for needy communities, as they are not solved through governmental actions.

Keywords: Health Promotion; Motor Activity; Qualitative Analysis

Lista de figuras

Figura 1-	Modelo de influência em camadas de Dahlgren e Whitehead.....	22
Figura 2-	Modelo de Determinantes da “Equipe de Equidade” da Organização Mundial de Saúde.....	22
Figura 3-	Vista do Complexo São Marcos, à margem da Rodovia Dom Pedro I/SP 65.....	31
Figura 4-	Quadra em evento com alunos ingressantes da Unicamp.....	32

Lista de quadros e listagens

Listagem 1-	Número de filhos e idade das participantes do grupo focal número 1.....	42
Listagem 2-	Número de filhos e idade das participantes do grupo focal número 2.....	43
Quadro 1-	Processamento metodológico das respostas à pergunta 1 – Grupo Focal 1	44
Quadro 2-	Processamento metodológico das respostas à pergunta 2 – Grupo Focal 1.....	45
Quadro 3-	Processamento metodológico das respostas à pergunta 3 – Grupo Focal 1.....	46
Quadro 4-	Processamento metodológico das respostas à pergunta 4 – Grupo Focal 1.....	47
Quadro 5-	Processamento metodológico das respostas à pergunta 5 – Grupo Focal 1.....	48
Quadro 6-	Processamento metodológico das respostas à pergunta 1 – Grupo Focal 2.....	49
Quadro 7-	Processamento metodológico das respostas à pergunta 2 – Grupo Focal 2.....	51
Quadro 8-	Processamento metodológico das respostas à pergunta 3 – Grupo Focal 2.....	52

Lista de quadros e listagens

Quadro 9-	Processamento metodológico das respostas à pergunta 4 – Grupo Focal 2.....	53
Quadro 10-	Processamento metodológico das respostas à pergunta 5 – Grupo Focal 2.....	54
Quadro 11-	Relação das categorias resultantes do Discurso do Sujeito Coletivo, segundo respectivos temas de interesse.....	55
Quadro 12-	Forma final do Discurso Coletivo segundo respectivas categorias referentes à Saúde Coletiva e Atividade Física (SCAF)	56
Quadro 13-	Forma final do Discurso Coletivo segundo respectivas categorias referentes a Sistema Único de Saúde (SUS) e desigualdades sociais e saúde.....	58
Quadro 14-	Forma final do Discurso Coletivo segundo respectivas categorias referentes à Políticas Públicas, saúde e participação popular (PAC).....	60

Lista de siglas e abreviaturas

AF	Atividade Física
CDSS	Comissão Determinantes Sociais em Saúde
CNDSS	Comissão Nacional Determinantes Sociais em Saúde
CSM	Complexo São Marcos
DSC	Discurso do Sujeito Coletivo
DSS	Determinantes Sociais em Saúde
ECH	Expressões Chaves
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
GF	Grupos Focais
GSCEAF	Grupo de Saúde Coletiva, Epidemiologia e Atividade Física
IPES	Instituto de Pesquisa Especiais para Sociedade
ONG	Organizações Não Governamentais
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
PAC	Programa de Aceleração do Crescimento
PBF	Programa Bolsa Família
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
PP	Políticas Públicas
PS	Promoção da Saúde
QV	Qualidade de Vida
SC	Saúde Coletiva
SUS	Sistema Único de Saúde
TCR	Transferência Condicionada de Renda
Unicamp	Universidade Estadual de Campinas

Sumário

1 - Introdução	15
1.1 – Promoção da Saúde e os Determinantes Sociais em Saúde.....	16
1.2 – Nova Promoção da Saúde e conceitos emergentes.....	23
2 – Objetivos.....	26
3 - Metodologia.....	28
3.1 - Identificação Metodológica	29
3.2 – Área do estudo.....	30
3.3 – Gestões operacionais.....	34
3.4 – Grupos Focais.....	35
3.5 – Trabalho de campo.....	37
3.6 – Plano analítico.....	38
3.7 – Aspectos éticos.....	40
4 – Resultados.....	41
4.1- Grupos Focais.....	42
4.2 –Discurso do Sujeito Coletivo.....	43
5 – Discussão.....	63
5.1 – Saúde Coletiva e Atividade Física (SCAF).....	64
5.2 – Sistema Único de Saúde (SUS), desigualdades sociais e saúde.....	68
5.3 – Políticas Públicas, saúde e participação popular (PAC).....	71
5.4 – Considerações Finais.....	76
6 - Referências.....	77
7 - Apêndices	89
Apêndice A - Roteiro de questões.....	90
Apêndice B - Parecer Projeto – Comitê de Ética em Pesquisa.....	91
Apêndice C - Termo de assentimento livre e esclarecido.....	93

1. Introdução

1.1 – Promoção da Saúde e os Determinantes Sociais em Saúde

O campo da Promoção da Saúde (PS) vem desde o início do século XX trazendo novos modelos enquanto área conceitual e aplicada. Nesse contexto vale apontar alguns fatos marcantes. A PS surgiu como reação à medicalização da sociedade (SINGER, 1946) para propor a articulação de saberes técnicos e populares e a mobilização de recursos institucionais comunitários, públicos e privados para o enfrentamento e resolução das questões em saúde (BUSS, 2003).

Na América do Norte, mais especificamente no Canadá, encontra-se um dos vértices disseminantes da PS, atuando como polo gerador de diretrizes da área. Em breve reconstrução histórica, são apontados acontecimentos determinantes. No ano de 1974, Marc Lalonde, então ministro canadense, avançou com a proposição de nova visão de saúde, baseada na biologia humana, meio ambiente, estilo de vida e na organização da atenção à saúde, fundamentada nas atuações do governo do seu país. Os preceitos pregados por esse pesquisador deram início ao que se entende por PS canadense, na qual, apesar de se sustentar nos quatro pilares já citados, a grande ênfase é sobre o estilo de vida, delegando ao indivíduo a responsabilidade de geração ou não de dano à saúde.

Nessa época buscavam-se encaminhamentos para tentativas de superação do caráter biomédico da área. Com ênfase nessas tendências, a Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1976 apresentou a estratégia global *Saúde para Todos no Ano 2000*, que tinha como proposta a extensão da cobertura dos serviços básicos com sistemas de assistência, além de já trazer também a idéia de combate aos determinantes sociais; no entanto, o contexto vivido não foi favorável e as recomendações elaboradas foram convertidas em ações eficazes em poucas ocasiões.

Diante dessas proposições foram conquistados muitos avanços na assistência a saúde, porém a ênfase no estilo de vida estimulou a crítica da proposta, gerando o que foi conhecido como culpabilização da vítima, isto é, o entendimento dos processos pelos quais determinados grupos, à margem do desenvolvimento capitalista, passam a ser responsabilizados por problemas de saúde cujas causas se encontram fora de sua governabilidade (LABONTE, 1993). Nesse caso, o grande vilão seria o próprio cidadão, a depender, dentro do contexto sócio-político da sua

existência, de suas decisões pessoais, sem considerar as relações de poder e limitação de acesso nos diferentes níveis da população (GONÇALVES, 2005).

A participação de instituições como a OMS e a Organização Panamericana de Saúde (OPAS) mostrou-se bastante intensa, atuando como propositores e divulgadores de diretrizes sobre saúde das populações. Com apoio desses órgãos, já foram realizadas numerosas Conferências Internacionais de Saúde, com intuito de discutir, divulgar e disseminar esses apontamentos.

Nesse contexto, iniciou-se na década de 80, o movimento chamado Nova Promoção da Saúde, que valoriza outros requisitos, como a justiça social, educação, saneamento e habitação (OPAS, 1986). De maneira simplificada, apontou-se para necessidade de tecnologia adequada, crítica ao elitismo médico e a forte conexão entre desenvolvimento da saúde e do social, chamada de atenção primária abrangente.

Assim, o documento marco da Nova Promoção da Saúde é a Carta de Ottawa, fruto da I Conferência realizada no Canadá, que define PS como

“processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo” (OPAS, 1986, p. 25).

Na ocasião, foram consensados cinco campos de ação para construção da Nova PS: política pública saudável, ambientes favoráveis, reforço da ação comunitária, desenvolvimento de habilidades das pessoas e reorientação dos serviços de saúde.

Como uma das estratégias priorizadas, as políticas públicas (PP) saudáveis podem ser caracterizadas pelo interesse e preocupação explícitos de todas as áreas em relação à saúde e à equidade e pelos compromissos com o impacto de tais políticas sobre a população (OPAS, 1988). Além disso, tem-se como meta o apoio à saúde da mulher, à alimentação, à nutrição e ao combate do tabaco e álcool.

Declarou-se o ambiente favorável de extrema importância, e como meios para sua promoção e criação, apontaram-se medidas de: i) reforço da proposta através de ações comunitárias; ii) capacitação de indivíduos e comunidade a partir da educação e participação nos processos de tomada de decisão; iii) construção de alianças com objetivos comuns; e iv)

mediação de interesses conflitantes na sociedade, para assegurar o acesso igualitário à saúde (OPAS, 1991).

Paralelamente ao referido panorama internacional, na América Latina, mais especificamente no Brasil, grupos atentos às características locais e comprometidos com as liberdades democráticas (GONÇALVES, 2004) foram protagonistas da Reforma Sanitária Brasileira que alçou conquistas significativas no campo da saúde. Tal processo foi gerador do que se conhece atualmente por Saúde Coletiva (SC), ou o campo do conhecimento e da intervenção humana que lida com a relação saúde-doença-cuidado no âmbito singular dos indivíduos e plural dos grupos e populações (CORRÊA FILHO; GONÇALVES; GONÇALVES, 1994).

Originalmente o movimento buscou incorporar a crítica de elementos que principalmente permitissem o questionamento das ações de prevenção e controle das doenças considerando as relações sociais de exploração (CARVALHO, 2005). São presentes em sua formulação dois pontos centrais: i) a saúde como processo resultante de múltiplos determinantes sociais, e ii) a temática do processo de trabalho em saúde. Com objetivo de esclarecer quais as contribuições trazidas pela SC, Paim e Almeida Filho (1998) apontam que, enquanto campo do saber, a SC trabalha com o estudo do fenômeno saúde/doença em populações e enquanto processo social investiga a produção e distribuição das doenças na sociedade e também procura compreender, enfim, as formas com que a sociedade identifica suas necessidades e problemas de saúde, e como maneja explicação e organização para enfrentá-los.

Nesse panorama, alguns acontecimentos como a Constituição Cidadã de 1988 e a lei 8080 – que se refere à criação do Sistema Único de Saúde (SUS) – vieram consagrar esse ideário apontando saúde como direito do ser humano e dever do Estado.

Assim, tanto o movimento internacional constituído pela Nova PS e a SC, fruto das discussões e avanços dos países latino-americanos, vêm enfatizar os determinantes sociais como questões de grande valia na saúde das populações, atuando não só para o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, mas também com políticas sociais e econômicas que visem à redução de doenças e outros agravos.

Diante disso, mais recentemente tem se destacado a necessidade de compreender a influência de fenômenos atuais como a globalização e o acesso aos meios de comunicação de massa (OPAS, 1997) para as ações em PS, reforçando a necessidade de abordar os determinantes

econômicos, ambientais e de fortalecer os mecanismos de colaboração da sociedade (OPAS, 2000).

O contexto neoliberal dos anos 2000 apontou para possibilidade de benefícios gerados pela aproximação dos países, e como forma de combate estratégico aos antecedentes, em 2004, o então diretor geral da OMS, Lee Jong-Wook propôs na Assembléia Mundial, a criação de um grupo com o mérito de indicar políticas públicas na área da saúde. Foi também reafirmado o entendimento da saúde-doença como processo e, neste, a determinação de fatores mais amplos (OMS, 2005).

Dessa forma, nomeou-se efetivamente a Comissão de Determinantes Sociais em Saúde (CDSS - OMS) em março de 2005, com atuação prevista até 2008 e objetivo de transformar o conhecimento em ação ou, mais claramente, utilizar evidências científicas como alavanca para mudanças políticas.

Estruturalmente, a CDSS-OMS contém três linhas de trabalho:

- sistematização de evidências sobre experiências e formulação de ações;
- fomento ao debate junto à sociedade;
- definição de compromissos de médio e longo prazo com vistas a incorporar as discussões sobre as desigualdades em saúde.

Os representantes da comissão refletiram inicialmente sobre como a saúde era pensada historicamente, produzindo o documento “Ação sobre os determinantes sociais da saúde: aprendendo com experiências anteriores” (OMS, 2005). De maneira oportuna, apresentaram-se áreas com questões e ações específicas.

Primeiramente, apontou-se como necessidade a definição de quão ambiciosas serão as metas. Citam-se, como experiências já construídas, situação vivenciada em fins da década de 70, com a atenção primária abrangente e seletiva. Questões mais superficiais também foram pensadas, como os meios de comunicação e suas implicações. Em suma, a comissão busca definir como será sua atuação, e para isso sistematizou quatro níveis de possibilidades, ou seja, contextos em que as intervenções podem se dar, como, por exemplo, com a redução da:

- estratificação social, alterando a hierarquia socioeconômica através de medidas de redistribuição;
- exposição por parte de grupos em posição menos privilegiada a fatores danosos à saúde;
- vulnerabilidade de populações carentes às condições danosas à saúde;

- consequência desigual dos problemas de saúde e evitando a deterioração socioeconômica de indivíduos que adoecem.

Em outro ponto, a comissão situa que os motivos de insucesso das políticas já existentes podem ser aplicações inadequadas de evidências ou retaliações político-econômicas em função do poder e do lucro. Adiantando-se às repercussões que a CDSS – OMS poderia causar, foram pensados os possíveis opositores: a classe médica, o governo, setores corporativos e organizações financeiras, e em como agir contra obstáculos por eles gerados.

A Comissão aponta como forma de ação a busca por redes de alianças com atores de vários níveis, incluindo representantes globais, governos e formadores de políticas dos países, o setor comercial e as organizações da sociedade civil, no âmbito internacional e nacional.

Outra preocupação dos especialistas é o discurso a ser utilizado para disseminar seus princípios, além da necessidade de evidências amplas para a formulação desses. Aproximar o que é indicado cientificamente de linguagem agradável, que aponte possibilidades de realização é considerado um dos maiores desafios da CDSS – OMS.

Reforçando esse movimento, a OPAS reuniu em Washington, em julho de 2005, os países da América e apresentou as propostas da CDSS - OMS. Após esse encontro houve, no Brasil, grande interesse de diversas instituições, e a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e o Sistema de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde lideraram o processo para definição de agenda de atividades buscando respostas sociais para o enfrentamento dos DSS locais.

Como o primeiro país a responder ao chamado da OMS, foi lançada em março de 2006, a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais em Saúde (CNDSS), constituída pelo então Ministro da Saúde e mais dezessete integrantes, com diversas trajetórias profissionais - entre sanitaristas, juristas, cantores e cartunistas - e coordenada pelo presidente da Fiocruz que, na ocasião do lançamento, ressaltou a importância histórica dessa criação no momento de comemoração dos vinte anos do SUS.

Dentre os objetivos da comissão nacional destacam-se:

- estimular a melhoria da qualidade e a completude das informações sócio-demográficas nos sistemas de informação oficiais da saúde, para permitir o monitoramento dos determinantes sociais em saúde (DSS);
- introduzir a temática dos DSS e das consequências das desigualdades na formação profissional;

- mobilizar a sociedade civil para a defesa do princípio da equidade na execução das políticas públicas pertinentes.

Com isso, tendo em mãos dados de recentes pesquisas, a CNDSS pontua a desigualdade social e econômica, injusta e evitável – ou seja, a iniquidade – como a mais grave doença do país. Essa comissão tem atuação prevista para dois anos e os representantes têm a meta de agir o quanto antes, sendo o ponto de partida os conhecimentos já produzidos no Brasil (BRASIL, 2006). Para se poder trabalhar o alcance de tais perspectivas, cabe entender a identidade dos DSS. Conceitualmente, são as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham, ou de acordo com Tarlov (1996) “são as características sociais, dentro das quais a vida transcorre”. Essa concepção veio em congruência com outras formas de tratar saúde, buscando atuar nos fatores que ajudam as pessoas a ficarem saudáveis, ao invés do auxílio que obterão quando ficarem doentes.

Com intuito de compreender como os DSS podem influenciar a saúde das populações, foram construídos alguns modelos conceituais que pretendem demonstrar esses mecanismos; dentre os principais são vistos:

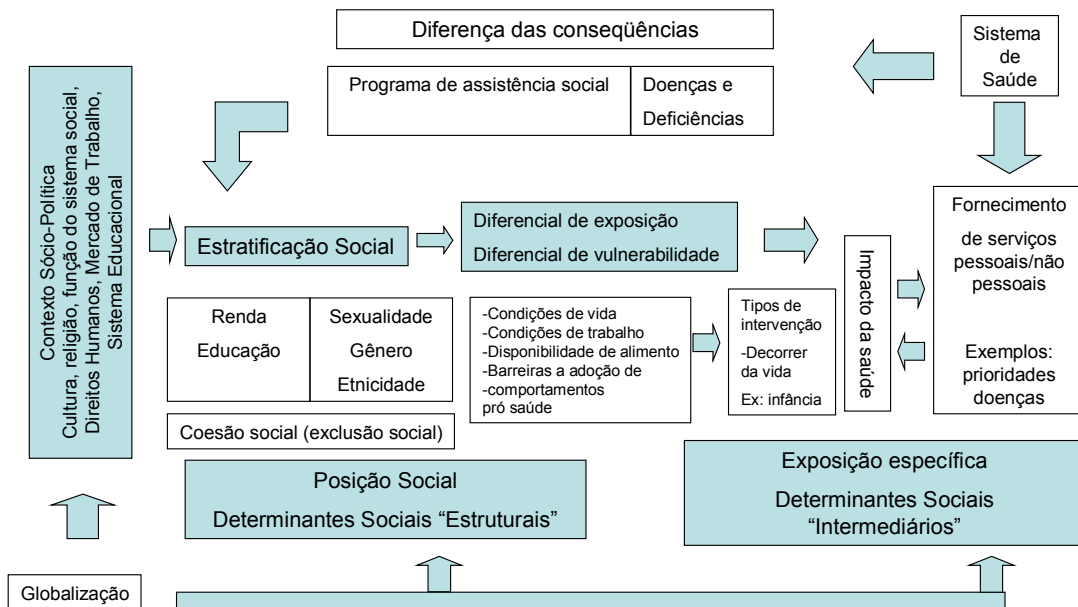
i) Modelo de influência em camadas de Dahlgren e Whitehead (CDSS, 2005): os autores explicam que as desigualdades sociais são resultados das interações entre os diferentes níveis de condições, desde o individual até as políticas nacionais, baseando-se na influência em camadas, como demonstrado na figura 1. Os indivíduos estão no centro e apresentam fatores como idade e gênero que indubitavelmente afetam a saúde; logo acima a faixa que representa o comportamento e estilo de vida, compostos por hábitos adotados como fumo, sedentarismo e dieta, muitas vezes moldados por barreiras financeiras. A próxima camada é formada pela influência que a comunidade em geral aplica no indivíduo, como o acesso a serviços essenciais ou não; já o nível superior inclui as condições econômicas, culturais e ambientais prevalentes na sociedade.



Fonte: CDSS (2005)

Figura 1. Modelo de influência em camadas de Dahlgren e Whitehead

A partir da síntese desse modelo teórico (e outros apontados pela Comissão) foi criada uma versão ampliada que pretendeu reunir os pontos mais significativos dos esquemas.



Fonte: CDSS (2005)

Figura 2. Modelo de Determinantes da “Equipe de Equidade” da Organização Mundial de Saúde.

Como pontos centrais estão os determinantes estruturais e os intermediários. De acordo com os autores, os estruturais são aqueles que geram estratificação social, como os fatores ligados à renda e à educação, ou também gênero, etnicidade e sexualidade; já os intermediários acarretam diferenças na exposição e vulnerabilidade a situações comprometedoras da saúde, como condições de vida, de trabalho e disponibilidade de alimento.

Diante disso, sabe-se que a missão da CNDSS não é fácil. Ressaltando a necessidade de mudança de prioridade, Pellegrini Filho (2006, p. 28) aponta como eixo fundamental das atuações: “que considerem a importância da equidade, de modo que o desenvolvimento humano - e não só o financeiro – esteja no centro da política econômica”.

1.2 – Nova Promoção da Saúde e conceitos emergentes

Nesse panorama político e com o estímulo das ações já citadas, acompanha-se o surgimento de novos conceitos aplicados à saúde. São palavras que circulam na língua inglesa: de tradução imprecisa, muitos autores preferem mantê-las como no original.

Dentre esses, como cálice sagrado da Nova PS (RISSEL, 1994), o *empowerment*/empoderamento é termo complexo, que, desde seu surgimento, recebe influência de áreas distintas: direito civil, ação social, movimento de auto-ajuda e psicologia comunitária. É entendido como aumento do poder e da autonomia de indivíduos e grupos nas relações interpessoais e institucionais, principalmente daqueles submetidos à opressão, discriminação e dominação social (VASCONCELOS, 2004). A OMS aponta aspecto mais generalista tendo como direcionamento, a busca de objetivos individuais e coletivos. No processo de *empowerment*/empoderamento, algumas “dimensões” são valorizadas: auto-estima, auto-eficácia, legitimidade política, coesão, pertencimento e redes de apoio (WALLERSTEIN, 1992). Ademais, segundo a teoria social é “método de construção de consenso que exige negociação e concertação social” (STOTZ; ARAÚJO, 2004).

Citada no parágrafo anterior como uma das formas para o desenvolvimento do *empowerment*, a *advocacy*/negociação é bastante presente nessa nova conjuntura (GONÇALVES, 2006). Segundo Boehs (2002), pode-se entendê-lo como ação na qual se propõem e contrapõem

idéias, e cada uma das partes envolvidas traz recursos ou necessidades a serem satisfeitas. Esse processo é tipo de interação em que existe o diálogo em condições semelhantes na busca de resolver diferenças e obter acordos. Exemplo expressivo a respeito são os conselhos de saúde, nos quais diversos atores interagem com objetivo de deliberar, fiscalizar e interferir no funcionamento do SUS. No entanto, importa ressaltar as implicações e questionamentos na direção de que a “participação popular nos conselhos não seja um mero ritual homologatório das intenções do pólo institucional ou gestor” (OLIVEIRA, 2004, p. 62). Ou seja, o engajamento é imprescindível para negociação e, para isso, é necessário que haja coerência e ética de ambas as partes. Atualmente, transcendendo o significado utilizado para designar atividade do bacharel em direito, o termo assume caráter de reivindicação, e é definido como “processos que produzem mudanças em sistemas institucionais” (ESSED-FERNANDES, et al s/d). Pode ser efetivado com mobilizações individuais e de grupos organizados, mais sensíveis às carências e necessidades da sociedade (DALLARI et al, 1996). Em saúde, o *advocacy*/negociação baseia-se no princípio de que pessoas têm juridicamente direitos que devem ser garantidos pelo Estado. Operacionalmente, os passos para sua execução são: i) clareamento e coleta de dados sobre a situação, ii) elaboração e explanação de estratégias, iii) aplicação da estratégia escolhida e avaliação. Vale lembrar que todo indivíduo pode exercer o *advocacy*, podendo ou não necessitar de ajuda técnica. Ressalta-se aqui que, em muitas obras, negociação e *advocacy* são apresentadas como sinônimos, nas suas respectivas línguas. No entanto, pelas definições reunidas, é possível observar singularidades específicas de cada termo.

Por outro lado a gestão pública é hoje representada na saúde por diversas instâncias que também seguem as novas tendências. O que se entende por *governance*/governança é a capacidade do Estado implementar de forma eficiente políticas públicas (PEREIRA, 1996), ou também, a maneira como o poder é exercido pelos governos no encaminhamento dos recursos sociais e econômicos de um país (PROGRAMA BRASIL-CANADÁ PARA PROMOÇÃO DA EQUIDADE, 2005). Esse conceito não é restrito ao âmbito da administração pública; empresas privadas valorizam as práticas da boa governança corporativa que, entre outras ações, envolve treinamento corrente dos funcionários, canais de denúncia e participação ativa de acionistas na tomada de decisões.

Para finalizar, outro conceito na gestão moderna de saúde é o *accountability*: responsabilidade objetiva dos servidores públicos, exercida perante outra pessoa ou organização

(CAMPOS, 1999), cuidado com o cidadão, respeito às suas necessidades e bom investimento do dinheiro público. Da mesma forma, existe o *accountability* político “baseado na capacidade dos eleitores, individuais ou grupais, de exigir que os representantes expliquem o que fazem” (ARATO, 2002, p. 91). Tida muitas vezes como a tradução do *accountability* para o português, tem-se a transparência. Para outros autores, esta é caracterizada como uma das práticas intrínsecas à boa governança. Segundo Santos (2006), não representa somente a prestação de contas do governo perante a sociedade, mas caracteriza ganhos de acessibilidade do cidadão que utiliza um serviço público.

Sumariamente, pode-se entender que esses conceitos apontam para novo agir no campo da saúde. Mais amplamente, essa realidade exige, tanto dos profissionais quanto da população, a busca pela informação, reflexão e ação para a melhoria das condições sociais e de saúde.

2. Objetivos



Na perspectiva de desenvolvimento de cidadania e empoderamento da população considerada, propõe-se como objetivo singular identificar e explicitar concepções e práticas de AF na cotidianidade de segmentos populacionais do Complexo São Marcos, Campinas - SP. Como objetivo específico pretende-se descrever e analisar a relação AF e saúde no grupo populacional considerado e explorar os determinantes do acesso limitado a programas de AF.

3. Metodologia

3.1 Identificação Metodológica

A área de estudo foi eleita por se tratar de um campo de aplicação das atividades de Extensão da Unicamp, já em desenvolvimento nos âmbitos da Saúde, Educação e Cultura (CAMPOS et al, 2000). Soma-se a isso, o fato de que os autores já vinham desenvolvendo projetos com outros enfoques na mesma região. Especificamente, no ano de 2003, realizou-se contato inicial com a população local com objetivo de investigar aspectos quantitativos da prática da atividade física (AF). Na ocasião, importou-se mais explicitamente com o comportamento de variáveis biomotoras e a avaliação subjetiva da qualidade de vida (QV). Com enfoque diferente do atual, os resultados alcançados podem ser consultados em publicações específicas, quais sejam: Vicentin, Padovani e Gonçalves (2003), que aponta ganho significativo da flexibilidade, única capacidade física vulnerável às condições propostas; Gonçalves et al (2003), texto que aborda de forma sumária o processo de *empowerment* desencadeado pelo programa de AF; Vicentin, Padovani e Gonçalves (2004) que trata de aspecto peculiar do instrumento adotado para coleta de dados e sua implicação para entendimento quantitativo do social; Vicentin, Padovani e Gonçalves (2006a) e Vicentin, Padovani e Gonçalves (2006b) que exploram de modo complementar os resultados na forma tabular, tanto dos ganhos de aptidão física quanto da percepção da QV.

Para este estudo, com o intuito de planejar abordagem que permitisse transcender o numericamente mensurável, buscou-se a metodologia qualitativa, definida como aquela em que os pesquisadores.

“(...) procuram entender o processo pelo qual as pessoas constroem significados e descrevem o que são aqueles significados. Usam observação empírica porque é com os eventos concretos do comportamento humano que os investigadores podem pensar mais clara e profundamente sobre a condição humana” (BOGDAN; BIKLEN, 1994, p.74)

No entanto, nesse tipo de estudo, fato bastante singular é a amostragem. Adota-se a proposital ou por intencionalidade (TURATO, 2003), técnica oposta à estatística: preocupada com representatividade em relação à população total. Isto é, depois de definidas as características

individuais, objetiva-se o contato com pessoas dispostas a se expressar, posto que a manifestação própria é imprescindível e, para chegar ao número total de sujeitos, recorreu-se ao critério de saturação. Segundo esse conceito, a coleta é encerrada quando novas entrevistas passam a apresentar grande quantidade de repetição do conteúdo já reunido.

Ademais, segundo Morse e Field (1995, p. 19) “as questões qualitativas têm características particulares”, e usualmente assentam-se sobre a experiência vivenciada - podendo ser a respeito de como grupos vivem ou enfrentam o cotidiano, qual representação isto gera para cada um e para coletividade. Em outras palavras, outra característica dessa modalidade é a busca pela questão do significado e intencionalidade (MINAYO, 2006). Dessa forma, a partir de avaliação ou questionamento direcionado, tem-se como objetivo chegar a resultados que indiquem o propósito dos sujeitos pesquisados e como eles compreendem e expressam suas opiniões sobre determinado tema.

3.2 – Área de estudo

Considerou-se a população adulta jovem moradora do Complexo São Marcos (CSM). O CSM é formado pelos bairros São Marcos, Campineiro, Santa Mônica, Recanto Fortuna e Chácara Amarais e se localiza no norte de Campinas (Figura 3). Resultou de invasão desordenada, ocorrida ao longo das últimas três décadas, caracterizada pela exclusão social e econômica. De fato, a discrepância na média salarial das diferentes regiões da cidade é tida como uma das responsáveis pelo alto índice de violência instalado no bairro (MARTINS; RANGEL, 2004). Em diagnóstico realizado pela Organização Panamericana de Saúde no ano de 1995, constatou-se que: i) 65% das casas aí existentes eram de madeira aproveitada (barraco), ii) havia alto índice de enchentes, iii) a rede de esgoto atendia pequena parcela da população e, iv) 60% das ruas não eram pavimentadas (VEDRUNA, 2002). De lá pra cá, a realidade pouco mudou. No entanto, diversos acordos e convênios entre Universidades - como a Unicamp - e organizações não governamentais (ONGs) vêm tentando contribuir para o desenvolvimento da participação social e de projetos que interfiram positivamente no dia-a-dia dos moradores.



Fonte: Site Unicamp

Figura 3. Vista do Complexo São Marcos, à margem da Rodovia Dom Pedro I/SP 65

Atualmente existem relacionadas ao CSM algumas iniciativas da sociedade civil que se destacam. Apresentam-se com maior detalhamento algumas dessas, com intuito de mostrar a diversidade de ações realizadas; no entanto, o número real de ONGs e programas é muito mais extenso, com atuação também em, por exemplo: i) escola de ensino básico e fundamental; ii) núcleos informais de artesanato; iii) trabalhos com ênfase em arte e educação.

As instituições citadas abaixo, conjuntamente, formam referencial das diferentes organizações aí presentes, seja com apoio da igreja, da Prefeitura, de moradores voluntários, do Centro de Saúde ou de Universidades.

- Associação Beneficente Campineira: entidade filantrópica, sem fins lucrativos, fundada em 1950 por voluntárias da igreja metodista. Em 1963, quando recebeu o nome atual, contava com farmácia, ambulatório médico e odontológico, oficina de costura para confecção de enxovais, curso de orientação às gestantes e bazar. Gradualmente, passou a distribuir sopa para a população local e criou curso de artesanato e creche para crianças de 4 a 6 anos. No início da década de 90, foi transformada em núcleo educacional complementar para faixa etária de 7 a 14, oferecendo reforço escolar, aulas de informática, artesanato, música, artes, duas refeições diárias, lazer, recreação e noções de inclusão social. Em 2001, criou novo projeto que atende jovens de 14 a 18, disponibilizando também apoio psicológico (extensivo às famílias), sapateado e orientação para o mercado de trabalho (GIUSTI; LINS, 2005).

- Centro Assistencial Vedruna : ONG de caráter sócio-educativo, com capacidade para atender 150 crianças e adolescentes, entre 7 e 16 anos: pobres, ameaçados e violentados em seus direitos (VEDRUNA, 2002). Foi formado pela Congregação das Irmãs Carmelitas da Caridade, que é a principal mantenedora. No CSM as atividades iniciaram em 1993 com nove jovens, utilizando a casa das Irmãs e o salão da comunidade católica, ambos no CSM. A procura aumentou rapidamente e a sede própria foi inaugurada em 1996, sendo que o processo de construção, aquisição de utensílios de cozinha e móveis viabilizou-se por mutirão da comunidade local. Os encontros se dão no período extra-escolar, nos quais são desenvolvidas diversas ações que atendem aos preceitos da ordem religiosa, como educativo-preventivas de valorização e resgate do sentido da vida.

A infra-estrutura existente se destaca devido à quadra coberta, uma das únicas do bairro, e se torna referência acolhendo eventos diversos, como por exemplo, o de trote da cidadania promovido pela Unicamp (Figura 4). Operacionalmente a instituição é coordenada por responsável da Sociedade Civil Carmelita, que recebe apoio de um pedagogo, assistente social, cozinheiras e educadores; os últimos possuem diversas formações e em alguns casos são moradores do próprio bairro. Existe também ajuda de voluntários, como para manutenção de computadores e limpeza do ambiente.



Fonte: Site Unicamp

Figura 4. Quadra em evento com alunos ingressantes da Unicamp

- Espaço Esperança: equipamento de múltiplo uso da Prefeitura Municipal de Campinas atende a 80 crianças no período extra-escolar. Além disso, o espaço físico é utilizado pela comunidade para aula de artesanato, informática e alfabetização de adultos. Funciona também como ponto de assistência e distribuição de programas governamentais.

- Grupo Primavera: ONG criada em 1981 por três voluntárias que tinham objetivo de atender as adolescentes do bairro. As reuniões começaram no Centro de Saúde; o aumento no número de interessadas exigiu ambiente adequado e diversificação da proposta. Atualmente, possui sede própria (parte cedida pela Paróquia do bairro) e atende a mais de 200 meninas com idades entre 11 e 17, com equipe de 62 colaboradores (GRUPO PRIMAVERA, s/d)
- Instituto de Pesquisa Especiais para Sociedade (IPES): ONG, apartidária, sem fins lucrativos fundada por professores universitários com objetivo de

“desenvolver projetos que visem a utilizar o conhecimento científico em benefício direto para a sociedade em geral e mais particularmente para as populações com menor poder aquisitivo” (IPES, 1998).

O IPES é dirigido por um Conselho Diretor, constituído por dez docentes ou pesquisadores, predominantemente originários da Unicamp e da Universidade de São Paulo, com a responsabilidade de aprovar os projetos e supervisionar o desenvolvimento. Ademais o presidente e o vice-presidente desempenham funções executivas apoiados pela Diretoria de Projetos e Diretoria Administrativa.

Os programas são operados por um Núcleo de Trabalho e Pesquisa que assume a responsabilidade de reunir recursos para viabilização das atividades propostas. Como exemplos podem-se citar:

Comunidade Saudável, acontece nos núcleos do São Marcos e Saúde da Família em Pedreira – SP; é fundamentado em pressupostos da OMS e se propõe a elaborar iniciativas interdisciplinares que visam: a) estimular os cidadãos a assumirem-se como agentes ativos, estabelecendo ligação entre a sociedade, as Universidades e demais instituições públicas ou privadas; b) estabelecer modelos de relação entre a população e locais que possam ser de utilidade na criação de PP para o resgate da cidadania de regiões carentes;

Educação Continuada, tendo como proposta “nenhuma criança fora da escola”, considera que o acervo dos conhecimentos evolui rapidamente e que o atingimento de determinado nível não basta; portanto a educação continuada é necessária para a evolução.

Sociedade, ciência e cultura, busca criar oportunidades de discussão da ciência e da cultura na melhoria da QV e na afirmação dos direitos civis, estabelecendo interação contínua entre a produção do saber e a comunidade.

3.3 - Gestões Operacionais

Para realização do presente estudo contou-se com apoio do IPES, que viabilizou o acesso aos locais freqüentados pela população no CSM. Com vistas a organizar o estudo-piloto, foram provocadas duas reuniões no Espaço Esperança para explicitar às assistentes sociais os objetivos e limitações do projeto. A realização desta fase foi de grande valia, a começar por possibilitar o aprimoramento de aspectos técnicos envolvidos, como de adequação do roteiro de questões utilizado (Apêndice A), e também por expor os pesquisadores às dificuldades da relação academia/comunidade, principalmente no tocante a ações previstas operacionalmente e expectativas geradas.

Sequencialmente, realizou-se contato informal com uma líder do bairro, que atua como responsável administrativa da comunidade católica, com intuito de se definirem possíveis locais no CSM para aplicação da pesquisa. Depois dessa delimitação exercitou-se articulação direta com alguns grupos, quais sejam: i) jovens ligados a igreja; ii) Centro Assistencial Vedruna; iii) e grupo de artesanato. Vale esclarecer que se destacaram opções que envolvem a prática de atividade física: a) praticantes de *lian gong* do Centro de Saúde; e b) academia de ginástica do bairro. No entanto, optou-se pela não exploração desses, partindo do pressuposto que a vivência da AF recente e organizada implicaria em alteração da percepção presente na grande parte da população do CSM.

Diante do insucesso de acesso das iniciativas vinculadas à instituição religiosa, iniciou-se diálogo com responsáveis pelo Vedruna. Houve sucessivas reuniões, tanto no CSM quanto na Unicamp. Depois de superadas as barreiras burocráticas, procedeu-se a fase para planejamento da aproximação da comunidade.

3.4 – Grupos Focais

A técnica adotada para coleta dos dados foi o grupo focal (GF), a qual, segundo Iervolino e Pelicioni (2001), é maneira de verificar como as pessoas avaliam uma experiência, idéia ou trato; como definem problemas e quais opiniões, sentimentos e significados encontram-se associados a determinados fenômenos.

De acordo com Morgan (1988), o GF foi inicialmente utilizado, na década de 50, no campo das ciências sociais e posteriormente adotado pela psicologia social e *marketing*, devido ao baixo custo, rapidez e confiabilidade dos dados. No campo da Saúde, mostra-se presente a partir da década de 80, inclusive pela influência dos cientistas sociais, com atuações preponderantes para identificação de problemas educativos e avaliação de programas (WESTPHAL et al, 1996).

Operacionalmente, consiste em reuniões com pequenos grupos (6 a 12 pessoas) com duração de 60 a 90 minutos, dirigido por um moderador que tem a função de condução, administrando a participação de todos os presentes. Há também um observador, com a tarefa de registrar as manifestações não verbais, como expressões faciais e postura corporal das participantes (MINAYO, 2006).

Segundo Debus e Novelli (1994), em publicação intitulada *Manual para excelencia en la investigación mediante grupos focales*, as principais razões para aplicar o GF são: i) gerar a possibilidade das interações em grupo que fomentam respostas mais ricas e permitem o surgimento de idéias novas e originais; ii) ênfase na observação, ou seja, o moderador/observador pode perceber o debate e informações sobre o comportamento, atitudes, linguagem e percepções; iii) outro fato ressaltado é o custo reduzido e a possibilidade da realização em menor tempo se comparado com entrevistas a fundo, outra técnica de coleta de dados em pesquisas qualitativa.

Sobre a composição dos GF, esses são geralmente realizados com grupos homogêneos, ou seja, é aconselhável que se trabalhe com participantes que tenham mesmo nível social; usuários ou não de determinado serviço; experiências compatíveis quanto a tema específico que esteja na pauta de discussão; da mesma idade/estado civil; isso porque a depender da questão que se investigue o comportamento pode ser bastante alterado de acordo com essas características.

Vale ressaltar também que o local deve proporcionar relativa acomodação, sem ruídos, e preferencialmente ambiente privativo, no qual eles não sejam observados por outros que não façam parte da pesquisa. Nesse contexto, fato bastante relevante é a disposição dos assentos, permitindo que o moderador estabeleça contato visual com todos os participantes e que não se reproduza qualquer diferenciação entre os presentes.

Entre demais acertos de extrema valia na preparação do GF, aspecto fundamental é o roteiro de perguntas, no qual são descritas as questões a serem tratadas. Nessa fase o detalhamento é útil para ajudar a moderação, por servir como orientação para condução do grupo. Para o presente estudo, elaborou-se inicialmente o guia de temas, aplicado no estudo piloto e ajustado para a coleta de dados (Apêndice A). Na sua formulação levaram-se em conta os objetivos da pesquisa e a presença de questões que, potencial e reconhecidamente, poderiam exercer efeito indutor; optou-se, no entanto, pela manutenção das mesmas, face ao risco de perda de clareza.

Na dinâmica referida, utilizou-se de intervenções com intuito de controlar a interferências das voluntárias que impediam a naturalidade do debate, bem como o estímulo a locução de todas. Quanto ao método de moderação adotou-se o diretivo estruturado, ou seja, trabalhou-se com perguntas dirigidas (DEBUS; NOVELLI, 1994).

Na fase de preparação, dentro do possível, seguiram-se as recomendações para o ajuste do ambiente. Nesta etapa, o que deve ser priorizado é um local que permita o bom andamento da discussão, ressaltando a acomodação dos voluntários e o silêncio necessário. No estudo-piloto e na coleta tivemos problemas de interferência sonora devido às características do local, que foram contornados satisfatoriamente.

Durante o GF, logo após solicitar o consentimento dos participantes, os dados devem ser registrados da forma mais conveniente, filmado ou gravado, de acordo com as possibilidades existentes. Para o caso da aplicação relatada, utilizou-se mini gravador Panasonic® RN2021 e micro fitas magnéticas de 60 minutos.

3.5 – Trabalho de campo

Seguindo recomendação da literatura (v.g. THOMAS; NELSON, 2002), realizou-se estudo-piloto com a intenção de testar o roteiro de questões e aplicar previamente a técnica de coleta de dados.

A instituição eleita para essa primeira fase foi o Espaço Esperança. Como critério de inclusão, adotou-se a mãe ser assistida pelo Programa Viva Leite. Este é iniciativa da Secretaria Estadual de Agricultura e Abastecimento e a Secretaria de Saúde de Campinas, contemplando crianças de 6 meses a 6 anos e 11 meses, cuja renda familiar seja de até dois salários mínimos. É gerenciado pela Prefeitura de Campinas e a distribuição operacionalizada por núcleos localizados em bairros carentes, geralmente instituições públicas ou organizações do terceiro setor com autonomia para criar regras para a entrega às famílias atendidas. A escolhida é ponto distribuidor e, pelas normas internas, as mães beneficiadas devem comparecer aos encontros periódicos elaborados pelas funcionárias.

Depois de conhecer sumariamente o local e expor os objetivos da presente pesquisa, realizou-se o GF. Para isso, a pesquisadora e a observadora participaram da reunião mensal local e logo após, com ajuda da assistente social, convidaram algumas pessoas para comporem o GF. Nem todas aceitaram o convite e formou-se o grupo com sete. Encaminhamos as voluntárias para sala anexa, que apesar de ser fechada nas laterais e ficar dentro do salão, não era coberta. Isso atrapalhou o entendimento das falas, como também a gravação das fitas. Havia um círculo de cadeiras e a situação foi gestionada com a aproximação das presentes entre si.

O material coletado foi transcrito e submetido à imediata análise de consistência, indicando a viabilidade e adequação do roteiro de questões e do manuseio do equipamento de gravação.

Para a etapa seguinte, elegeu-se o Centro Assistencial Vedruna, escolhido devido a acessibilidade das instalações, disponibilidade da coordenação, bem como o número de famílias assistidas. Depois de conhecer a ONG, definiram-se aspectos necessários para realização dos GF. Como a pesquisa planejava contato com as mães, planejou-se a ação na reunião de orientação familiar, convidando-se as participantes. Para garantir número satisfatório, durante a semana antecedente, a assistente social enviou comunicado lembrando dia e horário do GF. Os dados

foram coletados com dois grupos contendo 7 e 5 voluntárias. Acrescentando-se as sete pessoas consideradas no estudo-piloto, atingiu-se total de 19 adultos, de 30 a 72 anos, 1 homem e dezoito mulheres, uma avó e os demais genitores de pelo menos duas crianças com idades entre seis e doze anos; todos habitam região do São Marcos e nenhum é portador de documentação com emprego registrado e a maioria conta como fonte de subsistência com programas estatais de apoio social (“bolsa escola”, “bolsa família” e “bolsa leite”).

3.6 – Plano analítico

Uma vez assim obtido o material de pesquisa, aplicou-se a ele, para respectivo plano analítico, a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). Este não opera com esgotamento, nem é exaustivo, mas busca apreender qual é pensamento predominante em determinados tempo e lugar. Segundo os autores

“O Sujeito Coletivo se expressa através de um discurso emitido no que se poderia chamar de primeira pessoa (coletivo) do singular. Trata-se de um eu sintático que, ao mesmo tempo em que sinaliza a presença de um sujeito individual do discurso, expressa uma referência coletiva na medida em que esse eu fala pela ou em nome de uma coletividade” (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2003, p.16).

Com essa fundamentação teórica, o DSC possui

“pressuposto socioantropológico de base na medida em que se entende que o pensamento de uma coletividade sobre um dado tema pode ser visto como o conjunto dos discursos, ou formações discursivas, ou representações sociais existentes na sociedade e na cultura sobre esse tema” (LEFÈVRE, LEFÈVRE, 2003, p.16).

Operacionalmente consiste na sucessão de varias fases, a saber:

i) Identificação das respectivas figuras metodológicas. Basicamente consiste em:

Expressões Chaves (ECH): são transcrições literais dos dados coletados, para revelar a essência do depoimento ou, mais precisamente do conteúdo.

Idéias Centrais (IC): apontam o sentido de cada discurso analisado e de cada conjunto de ECH. Surge da descrição de um depoimento ou conjunto deles.

ii) Montagem do banco de dados pré-configurado

Nessa fase realiza-se a digitação no ambiente do programa computacional, já considerando a distinção e a caracterização descritas acima.

iii) Categorização das respostas

Consiste em explicitar sentido às ECH e agrupar numa categoria inclusiva as que possuem o mesmo significado.

A teoria que fundamenta o DSC é a de representações sociais, inaugurada pelo francês Serge Moscovici no final da década de 50, como nova forma de entendimento das relações individuais e coletivas, em termos de construção de significados. Essas manifestações podem ser definidas como sendo:

“fenômenos complexos que dizem respeito ao processo pelo qual o sentido de um dado objeto é estruturado pelo sujeito no contexto de suas relações, em um processo dinâmico de compreensão e transformação da realidade” (VERGARA; FERREIRA, 2005, p. 1141).

iv) Produção do respectivo relatório

Atualmente o manejo da técnica pode ser facilitado pelo emprego do programa computacional QualiQuantiSoft®, que auxilia, depois da transcrição e digitação dos discursos, a operar a categorização, a elaboração do discurso, bem como a produção dos relatórios quantitativos.

Para viabilizar o manejo dos aspectos técnicos e conceituais descritos acima foi necessário acompanhar curso oferecido pela Faculdade Saúde Pública da Universidade de São Paulo, o qual

tratou da concepção e operacionalização do DSC, ministrado pelos autores como curso de verão, em fevereiro de 2006. Dispôs-se do apoio acadêmico do Grupo de Saúde Coletiva/Epidemiologia e Atividade Física e com auxílio financeiro parcial da Coordenação de Pós-graduação da Faculdade de Educação Física da Unicamp. Complementarmente, contou-se com a colaboração de uma das autoras da técnica, sob forma de assessoria técnica, paga ao Instituto Pesquisa do Discurso do Sujeito Coletivo São Paulo, que mantém *site* (www.ipdsc.com.br) com informações sobre o DSC, *software* e publicações.

3.7 – Aspectos Éticos

Foram rigorosamente observadas as normas éticas de pesquisa envolvendo seres humanos, segundo determinações do Conselho Nacional de Saúde (Resoluções 196/96 e 251/97). O projeto foi homologado na V Reunião Ordinária do Comitê de Ética em Pesquisa/Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, em 24 de maio de 2005, sob o número 107/2005 (Apêndice B). Após informados, todos os sujeitos envolvidos assinaram o termo de assentimento livre e esclarecido (Apêndice C).

4. Resultados

4.1 – Grupos Focais

Os grupos focais considerados neste estudo foram formados por doze mulheres, identificadas com as características gerais mencionadas no item 3.5; especificamente respectivos idade e número de filhos são apresentados nas listagens 1 e 2, ordenadas crescentemente, nas quais a primeira coluna identifica a inicial do nome das participantes, seguindo-se medidas correntes de centralidade e distribuição.

Listagem 1. Número de filhos e idade das participantes
do grupo focal 1

Participantes	Número de filhos	Idade (anos)
S	2	30
MA	2	27
ME	3	31
V	3	31
R	4	24
J	4	72
G	4	40
Média	3,1	36,4
Moda	4	31
Mediana	3	31

Listagem 2. Número de filhos e idade das participantes do grupo focal 2

Participantes	Número de filhos	Idade (anos)
E	2	44
MN	3	36
MJ	3	36
S	3	40
J	6	31
Média	3,4	37,4
Moda	3	36
Mediana	3	36

4.2 – Discurso do Sujeito Coletivo

Os quadros de 1 a 10 resumizam o processamento dos DSC obtidos dos GF considerados. Nota-se que cada um dos mesmos foi construído em quatro colunas, em que a primeira identifica a inicial do nome das participantes que geraram as expressões-chaves mencionadas a seguir, de cujo interior se extraem as idéias centrais então apresentadas, visando à identificação das categorias apontadas na última coluna por letras maiúsculas. Tais categorias estão agrupadas segundo temas de interesse no quadro 11.

Uma vez assim sistematizado, apresenta-se a forma final do DSC segundo respectivas categorias nos quadros 12, 13 e 14, referentes aos três temas de interesse considerados (SCAF, SUS e PAC).

Quadro 1. Processamento metodológico das respostas à pergunta 1 – Grupo Focal 1

Part.	Expressões-Chave	Idéias Centrais	Categoria
J	Tá muito difícil, se for depender de posto a gente morre...a gente vai no Santa Mônica eles tratam a gente muito mal... E quando vai buscar remédio ele não dá uma dipirona pra gente sem a gente pegar receita...	Assistência à saúde é precária	A
M	Meu filho esses dias ficou doente, ...levei na médica ..., aí ela mandou fazer exame de sangue, mas tudo demorado e você tem que ir bem cedo pra pegar senha, se você não pegar senha, você não faz exame...eu tive que ir duas vezes porque já tinha muita gente na fila e não tinha mais senha...	Assistência à saúde é precária	A
V	o atendimento no posto realmente é ruim, ... essa questão de demora é triste, falta de respeito com as pessoas...O que precisa é melhorar o posto de saúde, a gente precisa ter atendimento aqui no posto e por exemplo aqui tem dois postos e nenhum deles tira raio X.	Assistência à saúde é precária	A
J	Pra nós aqui fica muito ruim porque a Unicamp devia atender a gente aqui de Campinas ...	O atendimento em pediatria e da Unicamp é bom	E
V	Apesar que agora o atendimento de criança acho que deu uma melhorada porque eu levei minhas sobrinhas... quem tá lá atendendo é da Unicamp, eles atenderam muito bem, ... esses dias eu voltei o pessoal da Promed atendeu muito bem, fizeram um check up geral, marcaram retorno, com eles mesmos, esse lado da pediatria eu gostei.	O atendimento em pediatria e da Unicamp é bom	E
V	A saúde dentro de casa tá bem, ..realmente na minha família tá tudo bem.	A saúde da minha família vai bem	F
G	Minha saúde tá péssima, eu não posso tomar remédio, meu nervoso tá bem, meus filhos são tudo doido não tem médico...	A saúde da minha família não vai bem	C

Quadro 1. (continuação)

M	Não respondeu	Não respondeu	-
R	Não respondeu	Não respondeu	-
S	Não respondeu	Não respondeu	-

Quadro 2. Processamento metodológico das respostas à pergunta 2 – Grupo Focal 1

Part.	Expressões Chaves	Idéias Centrais	Categoria
G	A minha casa tá caíndo o pedaços, moro num barraco, pequinininho, não cabe ninguém, lá no buraco, lá no fundão..	Não existem condições de moradia	C
V	Aqui, tem lugares que não tem esgoto, num tem rede, algum lugar tem....Lá no campinho não tem asfalto, não tem carteiro	Não existem condições de moradia	C
J	Eu pego carta de umas famílias e guardo, e aviso prá eles vir buscar...Tem gente que joga a carta deles no chão. A minha casa é boa, tem asfalto, tem tudo, nessa mesma rua aqui, ali pra baixo.	Minha casa é boa e eu colaboro com os outros moradores do bairro	D
R	Não respondeu	Não respondeu	-
S	Não respondeu	Não respondeu	-

Quadro 3. Processamento metodológico das respostas à pergunta 3 – Grupo Focal 1

Part.	Expressões Chaves	Idéias Centrais	Categoria
S	Na escola que a gente brincava, pulava corda...	Já fiz na escola, quando criança	A
M	Eu comecei a fazer caminhada também, mais... parei	Já fiz na escola, quando criança	A
V	Quando a gente era criança a gente brincava de roda essas coisas, amarelinha, pula corda, apesar de que hoje em dia não tem mais isso, as crianças não brincam mais	Já fiz na escola, quando criança	A
J	Eu fiz lá no postinho do São Marcos, a gente fazia com lã, bordado, crochê...mas quando eu era mais nova eu trabalhava na roça, e exercitava bastante com café..serviço de roça, até os filhos da gente ia pra roça com a gente, e ficava andando trás da gente...tava fazendo exercício..pra num ficar sozinho..	Fiz recentemente ou no exercício do trabalho	B
M	Depois de adulto não fiz	Não fiz na vida adulta	C
V	Eu nunca fiz, quando a gente era criança a gente brincava	Não fiz na vida adulta	C
R	Não respondeu	Não respondeu	-

Quadro 4. Processamento metodológico das respostas à pergunta 4 – Grupo Focal 1

Part.	Expressões Chave	Idéias Centrais	Categoria
S	Eu acho que é muito importante, o médico sempre fala que tem que fazer.	Atividade física é importante, porém faltam oportunidades	E
M	Antes vinha caminhando não conseguia e agora eu controlei a diabetes e consigo andar ...	Atividade física é importante, porém faltam oportunidades	E
V	Mais eu acho que depende da atividade que você faz. Porque esses dias eu ouvi na televisão que antes de você começar a atividade física você tem que passar pelo médico pra saber que tipo de atividade você pode tá começando a fazer...	Atividade física é muito importante, porém faltam oportunidades	A
G	Não respondeu	Não respondeu	-
M	Não respondeu	Não respondeu	-
R	Não respondeu	Não respondeu	-
V	É bom pra circulação também, é sempre bom mexer o corpo, se não ele fica preguiçoso, porque hoje, tudo que a gente tem dentro de casa é pra deixar o corpo preguiçoso, não precisa nem levantar pra ligar a televisão, de longe a gente já liga ela.	Os recursos modernos afetam a atividade física das pessoas	F

Quadro 5. Processamento metodológico das respostas à pergunta 5 – Grupo Focal 1

Part.	Expressões Chaves	Idéias Centrais	Categoria
M	Alguma coisa de esporte, pra tirar as crianças em geral da rua., a maioria vem pra cá (Vedruna) porque a gente sabe que até sexta-feira tem aqui o Vedruna, mas e no fim de semana, sábado, domingo não tem nada...tem que ter outro lugar.	Faltam opções: área de lazer ou esporte	I
J	Aqui é assim..tudo que tem aqui, eles levam prá outro lugar...falaram que ia fazer uma piscina aqui e não fizeram...Porque é muito importante uma coisa dessas...	Faltam opções: área de lazer ou esporte	I
S	Eu acho que uma área de lazer, não só pra os adultos como pras crianças também. Mas aqui não tem área de lazer..só no São Marcos, lá embaixo..Aqui não tem uma quadra, só tem na Vila Esperança, no Campinho tem lugar que dá pra fazer. Eles falaram que ia fazer uma quadra de esporte lá, espaço tem	Faltam opções: área de lazer ou esporte	I
M	A gente tem que agradecer o Vedruna mesmo, porque ele dá muita coisa boa pra gente, porque a criança tendo o que fazer, não vai ter tempo pra pensar em coisa ruim, (o Vedruna) é coisa boa pras famílias também, as reuniões esclarecem muita coisa, o Vedruna trouxe muito acesso pras famílias, coisas que as pessoas antes não sabiam.	O Vedruna trouxe novas possibilidades para a comunidade	H
G	Não respondeu	Não respondeu	-
R	Não respondeu	Não respondeu	-
V	Não respondeu	Não respondeu	-

Part.	Expressões Chaves	Idéias Centrais	Categori a
S	Eu acho que nós de saúde aqui, não tá muito boa não, é muito longe (o CS) pra quem mora aqui.... E é meia hora daqui lá no outro posto então demora mais...	A assistência à saúde é precária	A
S	Mais as moças lá do CS, são muito atenciosa, os agentes de saúde, inclusive eles se preocupam muito com gente que tem pressão alta.	Os dentistas são bons e os agentes de saúde são preocupados com os hipertensos	G
S	Inclusive tem mais de seis anos que eu passei a conhecer essa parte de Campinas, porque eu estava em Governador Valadares (MG) e se eu tivesse lá eu tinha morrido. Minha irmã me trouxe pra cá por causa da saúde mesmo. E agora depois que eu to morando aqui acontece essas coisas (o mau atendimento) ...Aí se Deus não tiver misericórdia de nós.	Vim pra Campinas por causa da saúde	I
E	O postinho tava bom, e de repente começa a ficar ruim e estraga tudo de novo. O posto lá do São Marcos tá melhor mas por pouco fica ruim tudo de novo. Porque veja só, o médico muda de equipe. Eu fiz exame com um médico e quando eu voltei lá ele já tava na outra equipe. Se você começa a tratar com um médico tem que continuar com ele.	A assistência a saúde é precária	A
E	O médico que ia atender minha mãe foi roubado no portão da casa. A violencia tá demais, e isso tem que ter um jeito. E você não ve um carro de polícia aqui.	A violência atrapalha os médicos	H
E	No São Marcos é muito bom os dentistas.	Os dentistas são bons e os agentes de saúde são preocupados com os hipertensos	G

Quadro 6. (continuação)

J	Eles dizem (funcionários) que eles não recebem bem, então negócio vem do prefeito... vem do governo e acaba estourando no povão mesmo, é o povão mesmo que leva a bomba...Por exemplo, num tem um remédio no postinho a gente não pode xingar a atendente porque ela não tem nada a ver, porque quem não manda a verba é o prefeito, se ele mandasse o remédio, o remédio taria ali para ela dar pra gente. Eles são empregados.	O governo não manda verba e quem sofre é o povão	D
J	Eu fui buscar remédio de verme e não tinha no postinho. Mas ela falou que o prefeito o secretario da saúde não mandou. Eles, funcionários tão ali cumprindo ordem.	Falta remédio e o atendimento é demorado	B
M N	Agora tem médico que não quer trabalhar mais porque tá com medo. Ele fazia visita aqui no São Marcos...e a equipe dele foi roubada. Foi fazer o bem, né...Você pode chegar lá no posto tem no mural “Suspenso por tempo indeterminado as visitas em residências” por causa disso...Os agentes de saúde também foram assaltados, desde março eles suspenderam as visitas nas casas.	A violência atrapalha os médicos	H

Quadro 7. Processamento metodológico das respostas à pergunta 2 – Grupo Focal 2

Part.	Expressões Chaves	Idéias Centrais	Categoria
Em	A Vila Esperança tem que asfaltar logo, porque sofre eles lá de cima e sofre nós aqui em baixo. A poeira ...quem tem bronquite, renite, sofre demais.	Faltam condições básicas	A
S	Eu acho que o povo de lá teria que se conscientizar disso, porque tem muita gente que mora lá e não tá pagando as casinhas. Se eles não pagam as casinhas eles vão pagar o asfalto? Você paga a casinha de acordo com as condições, eu pago 21,00 reais agora. Mas na minha casa eu não consegui fazer um piso por causa de que quando eu comprei a casa eu comprei de outra pessoas e to pagando até hoje, mas a minha água e a minha luz eu pago direitinho.	Falta consciência dos moradores para buscar melhorias no bairro	B
S	Mas tem um monte de gambiarras na força, se pegar fogo ali...acabou as casas. E a água é um relógio pra num sei quantas famílias, e isso não dá certo. E precisa de um asfaltinho também, eu moro pertinho do asfalto.....eu carrego os dois nenens , é difícil...	Faltam condições básicas	A
S	Mais um vo falar uma coisa que eu vô falar do meu bairro, infelizmente, com vergonha, os moradores são muito porcos, eu fico com dor e com vergonha porque eu moro lá. As pessoas deixam de deixar o lixo pro lixeiro e a mulher joga na beira do correio, fica aquela lixaçada lá, aqueles cachorros lá tudo no meio do lixo. O povo é porco demais. Devia multar todo mundo.	Falta consciência dos moradores para buscar melhorias no bairro	B
M N	Que nem agora eu tô roca por causa da poeira, e tem muito gato (fiação irregular), gato ali não falta	Faltam condições básicas	A
J	Quando chove minha casa parece uma lagoa, a gente mora na beira do córrego e levaram a gente lá pras casinhas.....Eu vendi a minha porque minha menina tinha bronquite asmática	Faltam condições básicas	A

Quadro 8. Processamento metodológico das respostas à pergunta 3 – Grupo Focal 2

Part.	Expressões Chaves	Idéias Centrais	Categoria
M J	Na educação física da escola, no Pará eu fazia todo sábado. Mas aí eu trabalhava ou estudava.... pra sustentar minhas irmãs e minha mãe. Agora vô ve se continuo a estudar.	Já fiz na escola, quando era criança	A
J	Eu fiz só na escola	Já fiz na escola, quando era criança	A
M N	Nunca fiz.	Nunca fiz	D
S	Fiz só na escola.	Já fiz na escola, quando era criança	A

Quadro 9. Processamento metodológico das respostas à pergunta 4 – Grupo Focal 2

Part.	Expressões Chaves	Idéias Centrais	Categoria
S	Mas às vezes, a gente assim que faz muita coisa, cuida dos filhos, faz isso, faz aquilo, quando a gente vai deitar tá cansada, a gente não lembra de esticar. A gente se preocupa com todo mundo, e com você não. Tem que ter um momento pra gente. Que nem ontem que a gente tava na reunião do leite e eu dei uma ideia que poderia ter um alongamento pras maes.	Atividade física é importante, porém faltam oportunidades	E
J	E também quando tem uma atividade física é numa academia?... e pra quem não tem condições de pagar??	Atividade física é importante, porém faltam oportunidades	E
M N	As vezes se você olha assim você fala você está desmazelada não faz regime não sei cuida. Mas não é isso não... se voce for olhar direitinho as coisas que o médico passa pra vocês do regime. Não tem jeito não, como é que você vai deixar de ...não é a semana toda que você pode comer carne... Tem mais de uma semana que eu não como uma verdura, (risos) como é que você vai fazer regime sendo que o básico que você pode comprar é o arroz e o feijão...Só tem arroz e feijão, Graças a Deus que só tem ele...Se tem uma fruta, você acha que vai deixar de dar pro seu filho.. pra você comer.	Faltam condições	G

Quadro 10. Processamento metodológico das respostas à pergunta 5 – Grupo Focal 2

Part.	Expressões Chaves	Idéias Centrais	Categoria
J	Segurança...eu mesmo tenho medo de sair de casa	Segurança	E
S	Eu acho que tinha que ter um posto melhor(CS)...	Saúde	F
Em	O Transporte...porque hoje vai ter reunião da OP e se o povo aqui do São Marcos não se reunir, o ônibus dessa linha do São Marcos, ele não vai mais vim aqui...3.08..ele vai passar na rua oito e da rua oito ele passa nas casinhas e segue direto....se o pessoal do São Marcos quiser pegar ônibus vai ter que ir lá na pista..ou na rua oito ou nas casinhas...A prefeitura quer tirar...E o pessoal não comparece...Mês passado foi na igreja e compareceu oito pessoas, número insuficiente...e o padre falou que se não tiver a quantidade de pessoas, depois não vai poder reclamar ...Ele mandam ônibus pra buscar as pessoas...e tem que ter a participação do povo daqui ...se não o ônibus não vai mais entrar aqui...	Transporte	G
M J	Graças a Deus a gente tem o Vedruna, que as crianças comem, brincam...e a gente faz as atividades, que tem várias atividades e é muito bom. E aqui tem a EIQ também....EIQ é que as mães participam pra fazer coisas de cidadania, aqui no Vedruna de segunda feira é das 17 as 19 da noite.... É pra mexer no computador...Ano que vem acho que abre a turma de novo....O programa da cidadania envolve a comunidade..	O Vedruna trouxe novas possibilidades para a comunidade	H

Quadro 11. Relação das categorias resultantes do Discurso do Sujeito Coletivo, segundo respectivos temas de interesse

1 – Saúde Coletiva e Atividade Física (SCAF)

- A - Já fiz na escola, quando criança
 - B – Fiz recentemente ou no exercício do trabalho
 - C - Não fiz na vida adulta
 - D - Nunca fiz
 - E - Atividade física é importante, porém faltam oportunidades
 - F - Os recursos modernos afetam a atividade física das pessoas
 - G - Faltam condições
-

2 - O Sistema Único de Saúde (SUS), desigualdades sociais e saúde

- A - A assistência à saúde é precária
 - B - Falta remédio e o atendimento é demorado
 - C - A saúde da minha família não vai bem
 - D - O governo não manda verba e quem sobre é o povão
 - E - O atendimento em pediatria e da UNICAMP é bom
 - F - A saúde da minha família vai bem
 - G – Os dentistas são bons e os agentes de saúde são preocupados com os hipertensos
 - H - A violência atrapalha os médicos
 - I – Vim pra Campinas por causa da saúde
-

3- Políticas Públicas, saúde e participação popular (PAC)

- A - Faltam condições básicas
 - B - Falta consciência dos moradores para buscar melhorias no bairro
 - C - Não existem condições de moradia
 - D - Minha casa é boa e eu colaboro com os outros moradores do bairro
 - E – Segurança
 - F – Saúde
 - G – Transporte
 - H - O Vedruna trouxe novas possibilidades para a comunidade
 - I - Faltam opções: área de lazer ou esporte
-

Quadro 12. Forma final do Discurso Coletivo segundo respectivas categorias referentes à
Saúde Coletiva e Atividade Física (SCAF)

Categoria 1 A - Já fiz na escola, quando criança

“Na escola que a gente brincava, pulava corda... eu comecei a fazer caminhada também, mas... parei.... quando a gente era criança a gente brincava de roda... essas coisas, amarelinha, pula corda, apesar de que hoje em dia não tem mais isso, as crianças não brincam mais. Na educação física da escola, eu fazia todo sábado. Mas aí eu trabalhava ou estudava.... pra sustentar minhas irmãs e minha mãe. Agora vô vê se continuo a estudar.”

Categoria 1 B - Fiz recentemente ou no exercício do trabalho

“Eu fiz lá no postinho do São Marcos, a gente fazia com lã, bordado, crochê... mas quando eu era mais nova eu trabalhava na roça, e exercitava bastante com café... serviço de roça, até os filhos da gente ia pra roça com a gente, e ficava andando trás da gente... tava fazendo exercício.”

Categoria 1 C - Não fiz na vida adulta

“Depois de adulto não fiz, eu nunca fiz, quando a gente era criança a gente brincava”

Categoria 1 D - Nunca fiz

“Nunca fiz.”

Categoria 1 E - Atividade Física é importante, porém faltam oportunidades

“Eu acho que é muito importante, o médico sempre fala que tem que fazer... antes eu vinha caminhando não conseguia e agora eu controlei o diabetes e consigo andar... mas eu acho que depende da atividade que você faz. Porque esses dias eu ouvi na televisão que antes de você começar a atividade física você tem que passar pelo médico pra saber que tipo de atividade você pode tá começando a fazer... Mas às vezes, a gente assim que faz muita coisa, cuida dos filhos, faz isso, faz aquilo, quando a gente vai deitar tá cansada, a gente não lembra nem de se esticar. A gente se preocupa com todo mundo e com você não. Tem que ter um momento pra gente.... Que nem ontem que a gente tava na reunião do leite e eu dei uma idéia que poderia ter um alongamento pras mães. E também por que quando tem uma atividade física é numa academia?... e pra quem não tem condições de pagar? Eu não consigo fazer em casa, você olha para casa, vai ligar a televisão e ficar lá?”

Quadro 12. (Continuação)

Categoria 1 F - Os recursos modernos afetam a atividade física das pessoas

“É bom pra circulação também, é sempre bom mexer o corpo, se não ele fica preguiçoso, porque hoje, tudo que a gente tem dentro de casa é pra deixar o corpo preguiçoso, não precisa nem levantar pra ligar a televisão, de longe a gente já liga ela.”

Categoria 1 G - Faltam condições

“Às vezes se você olha assim você fala ela está desmazelada não faz regime, não sei cuida. Mas não é isso não... se você for olhar direitinho as coisas que o médico passa pra você do regime. Não tem jeito não, como é que você vai deixar de...não é a toda semana que você pode comer carne... Tem mais de uma semana que eu não como uma verdura, (risos) como é que você vai fazer regime sendo que o básico que você pode comprar é o arroz e o feijão...Só tem arroz e feijão, Graças a Deus que só tem ele...Se tem uma fruta, você acha que vai deixar de dar pro seu filho pra você comer.”

Quadro 13. Forma final do Discurso Coletivo segundo respectivas categorias referentes à
Sistema Único de Saúde (SUS) desigualdades sociais e saúde

Categoria 2 A - A assistência à saúde é precária

“Tá muito difícil, se for depender de posto a gente morre... a gente vai no Santa Mônica eles tratam a gente muito mal e quando vai buscar remédio ele não dá uma dipirona pra gente sem a gente pegar receita ... meu filho esses dias ficou doente...levei na médica... aí ela mandou fazer exame de sangue, mas tudo demorado e você tem que ir bem cedo pra pegar senha, se você não pegar senha, você não faz exame...eu tive que ir duas vezes porque já tinha muita gente na fila e não tinha mais senha...e o atendimento no posto realmente é ruim,...essa questão de demora é triste, falta de respeito com as pessoas...O que precisa é melhorar o posto de saúde, a gente precisa ter atendimento aqui no posto e por exemplo aqui tem dois postos e nenhum deles tira raio X. E é muito longe (o CS) pra quem mora aqui.... E é meia hora daqui lá...no outro posto então, demora mais.... e o postinho do São Marcos tá ruim.... O postinho tava bom, e de repente começa a ficar ruim e estraga tudo de novo...Por que veja só, o médico muda de equipe. Eu fiz exame com um médico e quando eu voltei lá ele já tava na outra equipe. Se você começa a tratar com um médico tem que continuar com ele”.

Categoria 2 B - Falta remédio e o atendimento é demorado

“Eu fui buscar remédio de verme e não tinha no postinho. Mas ela falou que o prefeito, o secretário da saúde não mandou. Eles, funcionários tão ali cumprindo ordem. Fui lá pra mudar o remédio da minha filha, porque o remédio que ela tem que tomar tem que ser três meses é caro e já acabou... eu to devendo na farmácia, agora a médica mudou para o genérico, porque eu to devendo o que eu comprei no mês passado e já terminou, e já tenho que comprar outro, falta remédio pra gente. E nessa semana eu levei minha outra filha, pra passar na consulta e agora só posso ir em julho para marcar os exames dela. Antes tava marcando pra sexta-feira, quinta-feira, agora não, porque as pessoas que fizeram esse mês já fizeram e acabou.”

Categoria 2 C - A saúde da minha família não vai bem

“Minha saúde tá péssima, eu não posso tomar remédio, meu nervoso tá bem, meus filhos são tudo doido não tem médico...”

Quadro 13. (Continuação)

Categoria 2 D - O governo não manda verba e quem sobre é o povão

“Eles dizem (os funcionários) que eles não recebem bem, então negócio vem do prefeito... vem do governo e acaba estourando no povão mesmo, é o povão mesmo que leva a bomba... Por exemplo, num tem um remédio no postinho a gente não pode xingar a atendente porque ela não tem nada a ver, porque quem não manda a verba é o prefeito, se ele mandasse o remédio, o remédio taria ali para ela dar pra gente. Eles são empregados.”

Categoria 2 E – O atendimento em pediatria e da UNICAMP é bom

“Pra nós aqui fica muito ruim porque a Unicamp devia atender a gente aqui de Campinas, apesar que agora o atendimento de criança acho que deu uma melhorada porque eu levei minhas sobrinhas.. quem tá lá atendendo é da Unicamp, eles atenderam muito bem,... esses dias eu voltei o pessoal da Promed atendeu muito bem, fizeram um check up geral, marcaram retorno, com eles mesmos, esse lado da pediatria eu gostei.”

Categoria 2 F – A saúde da minha família vai bem

“A saúde dentro de casa tá bem,... realmente, na minha família tá tudo bem.”

Categoria 2 G - Os dentistas são bons e os agentes de saúde são preocupados com os hipertensos

“No São Marcos é muito bom os dentistas, e as moças lá do CS, são muito atenciosa, os agentes de saúde, inclusive eles se preocupam muito com gente que tem pressão alta.”

Categoria 2 H - A violência atrapalha os médicos

“O médico que ia atender minha mãe foi roubado no portão de casa. A violência tá demais, e isso tem que ter um jeito. Você não vê um carro de polícia aqui. Tem médico que não quer trabalhar mais porque tá com medo. Ele fazia visita aqui no São Marcos... e a equipe dele foi roubada. Foi fazer o bem, né... Você pode chegar lá no posto tem no mural “Suspenso por tempo indeterminado visitas em residências” por causa disso... Os agentes de saúde também foram assaltados, desde março eles suspenderam as visitas nas casas.”

Categoria 2 I - Vim pra Campinas por causa da saúde

“Tem mais de seis anos que eu passei a conhecer essa parte de Campinas, porque eu estava em Governador Valadares (MG) e se eu tivesse lá eu tinha morrido. Minha irmã me trouxe pra cá por causa da saúde mesmo. E agora depois que eu to morando aqui acontece essas coisas (o mau atendimento)... Ai se Deus não tiver misericórdia de nós.”

Quadro 14. Forma final do Discurso Coletivo segundo respectivas categorias referentes à
Políticas Públicas, saúde e participação popular (PAC)

Categoria 3 A - Faltam condições básicas

“Quando chove minha casa parece uma lagoa, a gente mora na beira do córrego e levaram a gente lá pras casinhas..... Eu vendi a minha porque minha menina tinha bronquite asmática... que nem agora eu tô roca por causa da poeira, e tem muito gato (fiação irregular) ali não falta, tem um monte de gambiarras na força, se pegar fogo ali... acabou as casas. E a água é um relógio pra num sei quantas famílias, e isso não dá certo. E precisa de um asfalto também, eu moro pertinho do asfalto..... eu carrego os dois nenéns, é difícil.... a Vila Esperança também tem que asfaltar logo, porque sofre eles lá de cima e sofre nós aqui em baixo. A poeira... quem tem bronquite, renite, sofre demais.”

Categoria 3 B - Falta consciência dos moradores para buscar melhorias no bairro

“Você paga a casinha de acordo com as condições, eu pago R\$ 21,00 agora. Mas na minha casa eu não consegui fazer um piso por causa de que quando eu comprei a casa eu comprei de outra pessoa e to pagando até hoje, mas a minha água e a minha luz eu pago direitinho. Eu acho que o povo de lá teria que se conscientizar disso, porque tem muita gente que mora lá e não tá pagando as casinhas. Se eles não pagam as casinhas eles vão pagar o asfalto? Outra coisa, vô falar do meu bairro, infelizmente, com vergonha, os moradores são muito porcos, eu fico com dor e com vergonha porque eu moro lá. As pessoas deixam de deixar o lixo pro lixeiro e a mulher joga na beira do córrego, fica aquela lixaiada lá, aqueles cachorros lá tudo no meio do lixo. O povo é porco demais. Devia multar todo mundo.”

Categoria 3 C - Não existem condições de moradia

“A minha casa tá caindo aos pedaços, moro num barraco, pequenininho, não cabe ninguém, lá no buraco, lá no fundão...aqui, tem lugares que não tem esgoto, num tem rede, algum lugar tem....Lá no campinho não tem asfalto, não tem carteiro, não tem luz..”

Categoria 3 D - Minha casa é boa e eu colaboro com os outros moradores do bairro

“Eu pego carta de umas famílias e guardo, e aviso prá eles vir buscar... Tem gente que joga a carta deles no chão. A minha casa é boa, tem asfalto, tem tudo, nessa mesma rua aqui, ali pra baixo.”

Quadro 14. (Continuação)

Categoria 3 E – Segurança

Segurança...eu mesmo tenho medo de sair de casa

Categoria 3 F – Saúde

Eu acho que tinha que ter um posto melhor (CS)...

Categoria 3 G - Transporte

O Transporte... porque hoje vai ter reunião do OP (orçamento participativo) e se o povo aqui do São Marcos não se reunir, o ônibus dessa linha do São Marcos, ele não vai mais vim aqui... 3.08..ele vai passar na rua oito e da rua oito ele passa nas casinhas e segue direto....se o pessoal do São Marcos quiser pegar ônibus vai ter que ir lá na pista..ou na rua oito ou nas casinhas...A prefeitura quer tirar...E o pessoal não comparece...Mês passado foi na igreja e compareceu oito pessoas, número insuficiente...e o padre falou que se não tiver a quantidade de pessoas, depois não vai poder reclamar ...Ele mandam ônibus pra buscar as pessoas...e tem que ter a participação do povo daqui ...se não o ônibus não vai mais entrar aqui...

Categoria 3 H - O Vedruna trouxe novas possibilidades para a comunidade

“Graças a Deus a gente tem o Vedruna, que as crianças comem, brincam... e a gente faz as atividades, que tem várias atividades e é muito bom. É coisa boa mesmo. E aqui tem a EIC também.... EIC é que as mães participam pra fazer coisas de cidadania, aqui no Vedruna de segunda feira é das 17 as 19 da noite.... É pra mexer no computador... Ano que vem acho que abre a turma de novo.... O programa da cidadania que envolve a comunidade.. A gente tem agradecer muito o Vedruna mesmo, porque ele dá muita coisa boa pra gente... Porque a criança tendo o que fazer, não vai ter tempo pra pensar em coisa ruim, (o Vedruna) é coisa boa pras famílias também, as reuniões esclarecem muita coisa, como o Vedruna trouxe muito acesso pras famílias, coisas que as pessoas antes não sabiam.”

Quadro 14. (Continuação)

Categoria 3 I - Faltam opções: área de lazer ou esporte

“Aqui é assim.. tudo que tem aqui, eles levam prá outro lugar... falaram que ia fazer uma piscina aqui e não fizeram... Porque é muito importante uma coisa dessas... Eu acho que uma área de lazer, não só pra os adultos como pras crianças também. Mas aqui não tem área de lazer.. só no São Marcos, lá embaixo.. aqui não tem uma quadra, só tem na Vila Esperança, no Campinho tem lugar que dá pra fazer. Eles falaram que ia fazer uma quadra de esporte lá, espaço tem, alguma coisa de esporte, pra tirar as crianças em geral da rua. a maioria vem pra cá (Vedruna) porque a gente sabe que até sexta tem aqui o Vedruna, mais e no fim de semana? Sábado, domingo não tem nada...tem que ter outro lugar.”

5. Discussão



Do volume de informações qualitativas apreendidas nesta investigação, bem como de reflexões por elas sugeridas à luz de respectiva literatura técnica, avultam, desde pronto, alguns aspectos para imediata consideração. Inicialmente, reconstruindo a trajetória epistêmica desenvolvida no estudo, será tratado nosso tema central da pesquisa, qual seja o da relação atividade física e saúde (SCAF).

5.1 – Saúde Coletiva e Atividade Física (SCAF)

Nestes últimos anos, pode-se observar o aumento da visibilidade que os organismos internacionais têm dado para a questão da AF. Em 2003, ela foi identificada como prioridade para saúde pública em documento da OMS (WHO, 2003), face à relação com causas de mortalidade (WHO, 2004). No mesmo ano publicou-se relatório denominado “Doenças crônico-degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde” (OPAS, 2003). Tal referência indica ao nível local, nacional e internacional o desenvolvimento de atividades para melhorias dos fatores de risco e redução das taxas de morbidade e mortalidade da população acometida por enfermidades crônicas, relacionadas com o regime alimentar e sedentarismo. Ainda assim o programa “Mais Saúde” também relaciona entre seus objetivos o estímulo a hábitos saudáveis e, entre eles a prática de AF (PAC SAÚDE, 2007).

De fato, estudos realizados em países como México, Peru e Brasil mostram que o hábito de exercícios regulares é baixo e está relacionado ao maior nível educacional e acesso a bens e produtos, ficando, de modo geral, aqueles que têm menor renda mais distantes da AF (SECLÉN-PALACÍN; JACOBY, 2003, HERNÁNDEZ; HAENE; BARQUERA, et al, 2003, MONTEIRO; CONDE; MATSUDO, et al, 2003). No Brasil, o que o Programa Nacional de promoção da AF Agita Brasil propõe é a veiculação das recomendações do *Center for Disease Control of Sports Medicine* e *American College of Sports Medicine*, ou seja, trinta minutos de atividade física por dia na maior parte dos dias da semana, se possível todos, de forma contínua ou acumulada e

abrangendo três ambientes básicos: atividades domésticas, transporte e atividades de lazer (PATE; PRATT; BLAIR et al, 1995).

Entre nós, o GSCEAF tem desenvolvido algumas experiências da questão da AF no cotidiano de grupos populacionais específicos. Pontua-se como um dos recentes pontos de partida a respeito, o estudo realizado por Moura, Correa, Gonçalves (2002) com objetivo de inserir os conteúdos da AF nas práticas dos Agentes Comunitários de Saúde do Jardim Santa Mônica, Campinas. A tentativa de aproximar a população da prática de AF consistiu inicialmente do conhecimento da rede de SILOS e da identidade de procedimentos para operações intra e extra muros na unidade do SUS. Como resultados da experiência, os autores apontam formação de quadro diagnóstico das expectativas dos agentes de saúde e da população excluída de atividade física supervisionada, permitindo a reunião de elementos para formulação do plano de intervenção e agendamento de oficina de trabalho. Conclusivamente, é afirmado que, além de os agentes de saúde conseguirem introjetar em seu agir profissional a contribuição da AF nas práticas sociais, é trabalhada também a percepção de que a forma com que cada um vive seu cotidiano não é opção essencialmente pessoal.

Depois da aproximação inicial, e com o foco em outro grupo aplicou-se o programa com vistas à contribuição no tratamento da hipertensão arterial, na mesma Unidade de saúde. Após reunião dos interessados, havia orientação ou supervisão do professor de Educação Física, que atuava em conjunto com equipe médica, promovendo três sessões semanais de AF, com intensidade e frequência controlada (CAMPANE; GONÇALVES; CORREA, 2002). Além da consecução de seus objetivos intrínsecos, a iniciativa rendeu proximidade com a equipe de saúde local que possibilitou a realização de outras intervenções na região.

Ampliando a abordagem, no caso em direção à crescente problemática da obesidade nos tempos atuais, desenvolveu-se conjunto de trabalhos com objetivo de verificar alterações na classificação do Índice de Massa Corporal e Índice Cintura Quadril de obesos, com programa de atividades físicas que contou com várias opções aeróbias, com ênfase em caminhadas e hidroginástica, promovidas em SPA médico. Partindo da base em dados disponíveis em prontuários, foram observados 80 indivíduos com idades entre 40 e 45 anos. Os resultados comprovam redução de massa corpórea em 55% dos homens e em 75% das mulheres, além da diminuição da relação cintura-quadril em 42,5% do público masculino e 72,5% do feminino (CARVALHO; PADOVANI; GONÇALVES, 2003). Com base nas observações, os autores

concluíram que o programa aplicado foi capaz de promover diminuição dos índices antropométricos e conseqüentemente nos níveis de risco à saúde dos pacientes (CARVALHO; COSTA; KILLIAN, et al 2002). Ademais, tais estudos possibilitaram desenvolvimento de competência específica no tratamento com referido público, considerando suas características e peculiaridades.

Ainda na intencionalidade de gerar contribuições acerca da relação da AF e excesso de peso, Pasetti, Gonçalves, Padovani (2004), em outra intervenção executada com atividade aquática atuaram com grupo de 31 obesas para verificar melhora das variáveis biomotoras e composição corporal. Durante 17 semanas, houve três sessões semanais de 50 minutos de duração e avaliações inicial e final. Ao final, detectaram-se ganhos: manutenção do peso, melhora da flexibilidade e da força, redução da gordura corporal e aumento da condição cardiorrespiratória. Essa linha de pesquisa continua em desenvolvimento, com iniciativas demonstradas no site do GSCAEF (www.unicamp.br/fef).

Em outra frente, houve a iniciativa de desenvolvimento de intervenção com quarenta mulheres sedentárias com idades entre 35 e 45 anos, moradoras da região do São Marcos. Elegeram-se como variável independente a participação em programa de hidroginástica e variáveis dependentes peso, índice de massa corporal, flexibilidade, imagem corporal, e índice de qualidade de vida. Foram propostas três sessões semanais, com duração de 60 minutos, durante treze semanas, e testes controles antes e depois da intervenção. Além dos resultados adaptativos gerados, com destaque para ganho significativo de flexibilidade, acrescenta-se a realização de gestão individuais e coletivas que possibilitaram conquistas nos padrões dos agires e fazeres sociais (GONÇALVES; VICENTIN, 2004), no sentido de maior envolvimento da população e dos pesquisadores com a equipe de saúde local, levando as próprias interessadas a discutir questões relacionadas a assistência a saúde oferecida na região.

Assim, situações surgidas na execução do projeto conduzindo à interlocução, tanto dos organizadores quanto das participantes, com ONG, representantes parlamentares, empresas privadas e autoridades estatais. Dessa forma, reafirmou-se como oportunidade o trabalho de valorização e incentivo de propostas atuais da OMS como o *empowerment* e o *advocacy*.

Nesse sentido, destacando o resultado das ações pensadas no conjunto de situações lidadas, operaram-se questões como geração de fontes coletivas de recurso financeiro, obtenção de transporte e equipamentos de lazer e esportes, além de vestimentas adequadas à prática em

questão. Após as discussões, as soluções internas foram buscadas e a mobilização coletiva levou a organização de grupos de trabalho. A iniciativa foi continuada com a auto-organização, possibilitando realização de rifas, venda de artigos, inserção no processo de coleta e reciclagem de materiais e execução de trabalhos manuais.

Assim, a partir de pesquisa com enfoque biológico, possibilitou-se o envolvimento com questões sociais mais amplas, como o SUS e outras situações vivenciadas pela população: violência urbana, condições de moradia inadequadas, ausência de ações governamentais e de políticas públicas.

A atual pesquisa foi motivada pela intencionalidade de questionar inicialmente as relações apontadas pela população acerca da atividade física e saúde. Frente às condições locais já vistas, pretendeu-se também, situar como na atualidade o Sistema Único de Saúde se molda no embate frente as dificuldades globais, geradas propriamente por políticas econômicas que consideram o livre comércio e desconsideram os grupos populacionais excluídos, em panorama marcado pela desigualdade social e iniquidades.

De outra forma, buscou-se também situar a política interna, refletida no chamado PAC (Programa de Aceleração do Crescimento), quando às questões prioritárias de desenvolvimento do país, e como os grupos que permanecem fora do mercado formal de trabalho estão sendo gerenciados. Ainda assim, quais as tratativas para as questões da saúde nos próximos anos explorando o “Programa Mais Saúde”, ou PAC Saúde.

Dessa forma, propôs-se traçar relações do envolvimento sistemático com AF como possível fator mobilizador de participação social, atuando na exploração prática já conhecidas, como o *empowerment* e a abordagens de desenvolvimento político na busca da geração de alternativas criativas e operadoras de transformação em direção à cidadanização.

5.2 – O Sistema Único de Saúde (SUS), desigualdades sociais e saúde

Destacadamente, situam-se nos temas propostos para discussão, o SUS, como ele é visto pela população pesquisada e também como as desigualdades sociais manifestadas em diversos países, particularmente no Brasil, afetam a saúde das populações e a utilização de serviços.

O SUS é atualmente uma construção social bastante discutida nos meios de comunicação, seja na imprensa corrente, seja nos círculos acadêmicos. Criação ambiciosa desde seus primórdios, a lei 8080/1990 prega os princípios éticos de universalidade, equidade e integralidade e os operacionais da descentralização, regionalização das redes e controle social. Com isso, oferece ao mesmo tempo aos gestores, profissionais e usuários a responsabilidade da real aplicação dos mesmos.

Os desafios desse sistema que, segundo o Ministério da Saúde, é responsável por atender diretamente 70% da população brasileira, são inúmeros (PAC SAÚDE, 2007). A Reforma Sanitária, ocorrida na década de 80, representou processo social e político, alicerçado em concepção ampliada do cuidado em saúde, do indivíduo, família e comunidade. No entanto, o panorama político-econômico mudou e com isso as barreiras para a democratização da saúde se transformaram, e hoje novas questões devem ser pensadas e gerenciadas. Nesse sentido, o periódico *Ciência e Saúde Coletiva* dedicou recente fascículo a respeito, de cujo interior são apreendidas algumas das matérias citadas a seguir.

Com efeito, Campos (2007) delinea com clareza algumas características do SUS e aponta caminhos para superação de obstáculos. O autor ressalta sinais de crescimento e degradação e diz que o avanço depende de uma “tríade complexa”, formada pela: i) criação de movimento em defesa de políticas de proteção social e distribuição de renda; ii) apresentação do SUS para a sociedade como parte de reforma social significativa; iii) operacionalidade do sistema, demonstrando sua capacidade de melhorar as condições sanitárias e de saúde das pessoas. Nesse sentido, explana algumas alternativas para garantir essa reformulação. Dentre essas, vale pontuar a necessidade de mudança progressiva no modelo de atenção em saúde, com a ênfase estratégica da atenção primária e revisão da função dos hospitais e especialidades. De forma congruente, é citada também a importância do Programa Saúde da Família, que deveria oferecer atendimento a

80% da população e resolver 95% dos problemas, razão para constituir condição básica de viabilidade de sistemas públicos de saúde.

Na mesma linha, Coelho (2007) questiona quais os reais impasses do SUS e afirma que, diante de suas características atuais, o que o vulnerabiliza frente à opinião pública é o acesso a medicamentos, procedimentos médicos de baixa e moderada complexidade, exames complementares, consultas médicas especializadas e internações, ao passo que se tem amplamente reconhecidas ações e programas eficientes que abordam vigilância em saúde, prevenção - como a vacinação infantil - e serviços de alta complexidade - como transplantes. É indicada igualmente grande disparidade de investimento: o SUS é sustentado por aporte de 60 bilhões de reais/ano e a saúde suplementar por 40 bilhões no mesmo período, quase que exclusivamente em assistência médica. E assim, situa o paradoxo “ao mesmo tempo em (o SUS) que é defendido e elogiado em seus princípios, por um lado, por outro praticamente todas as pessoas que têm oportunidade estão sendo atendidas pela saúde suplementar ou gostariam de estar”(pág. 310). Entretanto, muitas são as relações que o SUS possui com o sistema privado. A forma de acolhimento dos usuários é julgada como possibilidade de oferecer maior satisfação à população SUS dependente. Atualmente a via de entrada do sistema é a unidade básica e as unidades de urgência, sendo que a partir daí a pessoa segue diferentes caminhos; já nos planos privados aplica-se a lógica de mercado, na qual são oferecidas diversas opções e o cliente faz a escolha.

Pode-se perceber que é grande o desafio de mudança e reformulação para melhora desse sistema que atende a população brasileira. No contexto global, motivações políticas como as reformas neoliberais da década de 80 apontam para caminho contrário do esperado: privatizações com redução de gastos públicos, flexibilização do mercado e desregulamentação dos mercados financeiros (GIFFIN, 2007). As políticas públicas são afetadas de forma comprometedoras e, mesmo com uma política universal como o SUS, as iniquidades persistem de forma sistemática (FLEURY, 2007).

Estudos apontam que as desigualdades sociais são determinantes não só do acesso aos serviços, mas também do padrão de morbidade dos indivíduos/populações. Diversas pesquisas mostram que os que têm pior renda são exatamente aqueles também com pior acesso às políticas públicas, habitação adequada, água potável, saneamento, alimentação, educação, transporte, lazer e emprego (BUSS, 2007).

Em pesquisa realizada na Holanda, foi analisada a associação entre diferença socioeconômica, utilização de serviços e comorbidade (definida pela ocorrência de duas ou mais condições crônicas severas na mesma pessoa). Os autores destacam que aqueles classificados no *status* social mais baixo buscam maior acesso à saúde e apresentam alta prevalência de comorbidade, concluindo que a população de menor nível socioeconômico é mais doente e utiliza mais os serviços de saúde (DROOMERS; WESTERT, 2004).

Já dados divulgados em estudos realizados no Brasil trazem situações um pouco diferentes em relação ao acesso aos serviços. De forma sintética, importa chamar a atenção para o relatado no recente Relatório do Banco Mundial apontando o crescimento da desigualdade social entre países e dentro dos mesmos, fato que agrava ainda mais as iniquidades nas condições de vida e de saúde das populações. O Brasil apresenta colocação destacada no *ranking* de desigualdade social (BANCO MUNDIAL, 2006).

A maioria dos trabalhos faz uso dos dados do inquérito de saúde de base populacional, com abrangência nacional, realizado pelo IBGE, chamado de Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD). A coleta de informações é realizada anualmente com exceção de anos censitários, com objetivo de formar panorama com informações sobre características demográficas, habitação, educação, trabalho e renda.

Em estudo de coorte transversal, objetivou-se avaliar o padrão das desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde de crianças e adultos residentes em áreas urbanas em 2003 e compará-lo com o de 1998. A partir da análise dos dados, as autoras afirmam que, no Brasil, o acesso é fortemente influenciado pela condição social e pelo local de residência das pessoas, tanto para adultos, quanto para crianças, sendo que a renda familiar tem maior influência que a escolaridade. O local de moradia também teve influência no acesso, sendo melhorado com o grau de desenvolvimento socioeconômico da região. Contudo, destacou-se avanço na comparação entre os anos estudados, em todas as regiões do país, com exceção da região Norte (TRAVASSOS; OLIVEIRA; VIACAVA, 2006).

Em pesquisa que também utilizou dados da PNAD 1998 - 2003, buscou-se comparar associações entre desigualdades sociais e saúde de idosos e adultos. Observou-se que a associação entre menor renda domiciliar per capita, piores condições de saúde, menor capacidade funcional e menos uso de serviços médicos e odontológicos constatados em 1998 persistiram em 2003, tanto em adultos quanto em idosos (LIMA-COSTA; MATOS; CAMARANO, 2006).

Já em intervenção que visou avaliar as diferenças sociais e a prevalência de doze doenças crônicas, detectou-se diferença significativa entre desigualdade e o padrão de doenças segundo gênero, cor/raça, nível de escolaridade, região de residência e situação do domicílio. Ainda assim, os autores chamam a atenção para o fato de que em pesquisas que utilizam informações de morbidade referida, as pessoas de menor escolaridade tenderem a sub-referir a presença de algum agravo. Porém, mesmo com essa tendência, a população de posição social mais baixa apresenta maior índice de morbidade e comorbidade e são eles que utilizam mais os serviços de saúde (BARROS, et al 2006).

Esses trabalhos mostram que a desigualdade social afeta de forma marcante a saúde das populações. Em especial, aqueles grupos que estão, por qualquer motivo, excluídos da sociedade de consumo, ou da produção e circulação de bens e produtos. Nesse caso, o comprometimento pode afetar diversas instâncias da vida cotidiana, como alimentação, condições gerais de moradia, formação escolar/profissional, lazer, manutenção de atividade física, bem como acesso a saúde e a medicamentos.

5.3 – Políticas Públicas, saúde e participação popular

Para tratar das questões 2 e 5 foram eleitos temas referentes às políticas públicas voltadas, destacadamente, à habitação, infra-estrutura, distribuição de renda, bem como ao acesso à atividade física. Nessa direção o PAC representa o marco do início do segundo mandato do atual governo brasileiro e será focalizado por conter, em sua concepção, alvos diferenciados de melhoria, sendo que um deles é a denominada “Social Urbana”, o que em potencial atingiria enfaticamente a população vulnerável e excluída economicamente.

Lançado em janeiro de 2007, segundo sua cartilha de divulgação, tem como objetivos promover a aceleração do crescimento econômico, aumento do emprego e melhoria das condições de vida da população brasileira (PAC, 2007). Para isso a meta é combinar avanços na economia com distribuição de renda e a inclusão de brasileiros no mercado formal de trabalho e na sociedade de consumo.

De forma sumária, no panorama atual da situação econômica do país, o que se viu foi a queda da taxa da inflação e dos juros, a partir do sistema de metas inflacionárias, implantado em 1999. E por isso a redução da dependência do financiamento externo e aumento da participação no comércio internacional.

Partindo desses precedentes, o governo federal lançou o PAC, como estratégia para aumentar a taxa de investimento e alcançar o crescimento sustentável e acelerado, que beneficie os diferentes núcleos da sociedade, seja por meio do crescimento do Produto Interno Bruto, do número de empregos, da inclusão social e melhor distribuição de renda no país.

De acordo com documento preparado pela Secretaria de Imprensa (PAC, 2007), podemos compreender a estrutura do programa em: i) medidas econômicas para o crescimento; ii) infraestrutura para o desenvolvimento, que está organizada em logística, energética e social urbana.

Em sua primeira parte, são destacadas ações econômicas para o crescimento. São pontuadas situações como aumento do crédito habitacional e para infra-estrutura viabilizados principalmente pela Caixa Econômica Federal e pelo Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social, bem como a busca pela desoneração tributária para gerar maior aporte financeiro na construção civil e na aquisição de bens de capital.

Outras questões também são contempladas, como fiscais, política para o salário mínimo, além da previdência e assistência social; ainda assim, propõem-se incentivos ao crédito e financiamento, como aqueles voltados ao saneamento básico e habitação popular que atenda a população em situação de exclusão social, com rendimento mensal de até três salários mínimos.

A segunda parte do PAC, chamada de infra-estrutura para o desenvolvimento, prevê a associação do setor público e investimentos privados, para o qual ter-se-ia pouco mais de 500 bilhões até 2010 investidos em três eixos:

- Logística: com aplicação em portos, aeroportos, duplicação ou pavimentação de rodovias, construção de ponte e dragagem de portos nas cinco regiões do Brasil.
- Energético: em medidas que buscam aumentar a geração e transmissão de energia elétrica, de combustíveis renováveis, petróleo e gás natural, com a implantação de usinas hidroelétricas ou linhas de transmissão, bem como a ampliação da infra-estrutura e transporte de gás natural e biocombustível.

Em se tratando da questão social e urbana, o PAC aponta especialmente investimentos em saneamento, habitação, metrô, “luz para todos” (universalização de atendimento em energia

elétrica) e recursos hídricos, com destaque para o acesso a água tratada, com meios para irrigação específicos, principalmente para região Norte e Nordeste, com aplicação de montante de 170 bilhões até 2010.

Como maneira de controlar e gerenciar tudo que se pretende com relação ao PAC, criou-se comitê formado pelos ministros da Casa Civil, da Fazenda e do Planejamento Estratégico com finalidade de estabelecer metas e acompanhar a implementação do PAC. Respondendo às críticas surgidas em relação ao conteúdo e à forma de elaboração, a então Ministra da Casa Civil, Dilma Rousseff, ressaltou o PAC como fruto de processo, um projeto feito para um país concreto (ABREU, et al. 2007). Ressalta características do PAC como a unidade, que favorece seu acompanhamento, a abrangência e a continuidade que gera a possibilidade do acompanhamento das ações em longo prazo. A ministra apontou também que o PAC não terá sucesso enquanto apenas um conjunto de políticas públicas e investimentos em infra-estrutura, e precisa de apoio político-institucional, parceria de grupos influentes e da população.

Dentre as críticas feitas, a que questiona a maneira como foi elaborado, sem interlocução, foi das mais incisivas. Líderes de diferentes estados iniciaram um diálogo com reivindicações quanto ao plano de obras pensado para cada localidade e o montante reservado para investimento. O governador de São Paulo, José Serra, afirmou que há inversão lógica no PAC, por considerar a variável crescimento econômico como suposição para sua viabilização, afirmando que o que deveria ser resultado passou a ser premissa (GUERREIRO; ZIMMERMANN, 2007). Já Motta (2007) ressaltava as intenções voltadas ao *marketing*, por implicar também ampla agenda do presidente em inaugurações ou lançamentos sempre com distribuição de presentes à população, mostrando que existe trabalho estratégico coordenado para construir nova imagem do governo, ou até como meio de fortalecer o partido para fins eleitoreiros (AZEVEDO, 2007).

Já a abordagem do PAC em relação à saúde foi lançada em Brasília com o “Mais Saúde”, com vigência prevista de 2008 a 2011. De acordo com o próprio documento de apresentação, trata-se de reorientação radical da política de saúde em busca do maior acesso e ações em para o oferecimento de serviços de qualidade. Para isso aponta, dentre outras iniciativas, a ampliação dos recursos aplicados, novos modelos de gestão, fortalecimento do controle social e de mecanismos de ouvidoria e auditoria (PAC SAÚDE, 2007).

O programa é baseado em quatro pilares, sendo o primeiro deles chamado de “Promoção e Atenção à Saúde: a família no centro da mudança”. Esse segmento foca melhorias ao acesso ao

planejamento familiar, saúde do homem, cadernetas de controle de saúde para homens e mulheres acima de 60 anos e ampliação do PSF.

O segundo chama-se “Gestão, trabalho e controle social” e tem objetivo de informatizar e integrar todas as 60 mil unidades públicas de saúde, apoiar a estruturação dos conselhos estaduais e municipais, a capacitação de profissionais, bem como recompor e ampliar o valor de procedimentos da tabela do SUS e dos tetos financeiros para redução de desigualdades e ampliação de cobertura.

O terceiro foi nomeado de “Ampliação do acesso com qualidade” e tem como objetivo ampliar o número de transplantes, a expansão do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, construir, ampliar e reformar unidades de saúde e hospitais, além da humanização dos serviços.

O quarto pilar chamado de “Produção, desenvolvimento e cooperação em saúde”, tem como meta reduzir o déficit comercial da saúde e aumentar à taxa de 7% ao ano a produção local de farmoquímicos e medicamentos, além de fomentar a capacidade produtiva e de inovação nas indústrias privadas nacionais de medicamentos em parceria com FINEP e BNDES, com financiamentos superiores a R\$ 3 bilhões. Na área de cooperação internacional, o “Mais Saúde” vai apoiar países africanos na formação de docentes com cursos de qualificação e ainda instalar escritório da Fiocruz junto à União Africana.

Esse documento, que aponta olhar diretivo à saúde, mostra como o atual governo planejou enfrentar os desafios do sistema de saúde. Nos itens que seguem consta também toda entrada e destinação dos recursos financeiros e, por ter sido plano concluído antes da votação que efetivou o encerramento da cobrança do imposto sobre movimentação financeira, conhecido como Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira, terá que sofrer ajustes contando com os atuais acertos de verba federal.

Ainda tratando das questões de PP voltadas principalmente a grupos vulneráveis, ressaltamos uma característica universal da população estudada que é o não acesso a vínculos empregatícios formais e a participação em programas de transferência condicionada de renda (TCR). Em se tratando dessa situação, vale apontar aqui argumentos que esclareçam como essas políticas de combate à pobreza foram concebidas, como se inseriram na realidade brasileira e a discussão que se faz acerca delas.

Tais iniciativas surgiram inicialmente em países da Europa, quando fatores que caracterizam o modelo político-econômico estavam gerando progresso e ao mesmo tempo amplos

contingentes da população privados de direitos básicos de cidadania. Na região o debate desses temas já é avançado com a existência da *Basic Income European Network*, que em 2004 passa-se a chamar *Earth Basic Income*. Existem experiências construídas também nos Estados Unidos, América Latina e África, sendo que cada uma delas tem características específicas se adequando a realidade local. Mesmo assim, as políticas sociais ainda buscam superar os dilemas do assistencialismo e da ineficiência (MAGALHÃES; BURLANDI; SENNA, et al 2007).

No Brasil, essas ações ganharam força a partir de 1991, com o Renda Mínima e a partir de sua gestão foram-se registrando avanços operacionais, como o cadastro unificado que, atualmente, é de responsabilidade do município.

Já em 2003 o governo federal lança o Bolsa Família (PBF), com a unificação de quatro programas anteriormente existentes: Bolsa Escola, Bolsa Alimentação, Auxílio-Gás e Cartão Alimentação. Como dito, na lei que institui o PBF a unificação teve objetivo de melhorar a gestão e aumentar a efetividade do gasto social através da otimização e racionalização, ganhos de escala e facilidade da interlocução entre federados (BRASIL, 2007) – a responsabilidade é partilhada entre a União, Estados, municípios e a sociedade, sendo que sua implementação ocorre de modo descentralizado, atendendo a dois requisitos: a existência formal e o pleno funcionamento de comitê ou conselho local de controle social e a indicação do gestor municipal do programa. O PBF inicialmente foi implantado em cidades com menor Índice de Desenvolvimento Humano, localizados na região Norte e Nordeste. O foco são famílias vivendo em pobreza e pobreza extrema, definidos a partir do critério de renda monetária. Além do benefício fixo de 60,00 reais, o núcleo tem direito a auxílio de 15,00 a cada gestante, nutriz ou criança de 0 a 15 anos até o limite de três filhos. As famílias pobres sem filhos podem ser contempladas, mas recebem apenas o valor fixo do programa (MAGALHÃES; BURLANDI; SENNA, et al 2007), fato esse pensado para que se oportunizasse a cobertura para população quilombola, indígena e moradores de rua. A titularidade é geralmente concedida às mulheres, com o pressuposto de que elas tendem a maximizar estratégias familiares de sobrevivência e melhoria do bem estar. As condicionalidades exigidas pelo PBF são: manter crianças e adolescentes na escola, cumprindo a exigência de 85% de frequência; acompanhamento de crianças de zero a seis anos nos serviços de saúde e em programas de saúde com fins específicos.

Monnerat et al (2007) discutem a transferência de renda e a legitimidade de condicionar algo que é de direito do cidadão. Conill (2007) aponta para o obvio: seria mais efetivo prestar

assistência aliando-a ao uso de equipamentos sociais que potencializam o desenvolvimento humano de forma a facilitar a integração futura ou a não reprodução da pobreza. Da mesma forma, na perspectiva dos idealizadores é preciso criar mecanismos para estimular a inserção das famílias nos serviços de educação e saúde, tendo em vista a perspectiva de ruptura com o ciclo da exclusão. Por outro lado, as autoras questionam a capacidade de esses serviços absorverem adequadamente o aumento da demanda resultante da implementação do PBF e a gravidade dessa situação, que é a não garantia de oferta de serviços básicos como educação e saúde.

Atrelado a isso, Suplicy (2007) aponta o PBF como a primeira etapa para a implantação da Renda Básica da Cidadania, compreendida pelo direito de todas as pessoas, incondicionalmente, receberem renda suficiente para atender suas necessidades vitais. A lei 10.835 foi aprovada em 2004 e dará prioridade aos mais necessitados, até abranger todos os brasileiros residentes no país e os estrangeiros que aqui se situam há pelo menos cinco anos, independente da situação econômica.

5.4 – Considerações finais

A partir da interlocução das propostas e realizações apresentadas com o Discurso do Sujeito Coletivo dos Grupos Focais considerados, é possível constatar que há, indicativamente: i) distanciamento da população estudada tanto para com as demandas relacionadas à AF sistemática, como para com as condições básicas de saúde e moradia; ii) compreensão de que AF é benéfica, a depender das características da sua prática; iii) relativo discernimento quanto ao aumento do sedentarismo; iv) apesar disso, de forma geral, ausência de AF no dia-a-dia das pessoas; v) receptividade da inserção, num processo de empoderamento dos protagonistas sociais locais, da discussão da AF sistemática no âmbito de sua cotidianidade. Isso pode ser entendido pelas próprias condições sociais descritas, mostrando que necessidades básicas para a cidadania, como condições de moradia e alimentação, são naturalmente priorizadas pelas comunidades carentes, à medida em que não solucionadas por ações governamentais.

6 - Referências

ABREU, B. et al. *Ministra nega existência da 'Era Dilma' e ameniza críticas ao plano do governo, definido como 'fruto de um processo'*. Disponível em: <<http://www.estado.com.br/editoriais/2007/01/26/pol-1.93.11.20070126.6.1.xml>>. Acesso em 20/12/2007.

ARATO, A. Representação, soberania popular e accountability. *Lua Nova*, 55-56: 85-103, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ln/n55-56/a04n5556.pdf>>. Acesso em: 29 dez. 2006.

AZEVEDO, R. *Serra: críticas ao PAC, aos juro, à reindexação da economia e ao fato de o governo federal não ter de seguir a LRF*. Disponível em: <<http://veja.abril.com.br/blogs/reinaldo/2007/01/serra-crticas-ao-pac-aos-juros.html>>. Acesso em: 05/11/2007.

BANCO MUNDIAL. *Relatório sobre o desenvolvimento Mundial: Equidade e Desenvolvimento*, 2006. Disponível em: <<http://siteresources.worldbank.org/INTWDR2006/Resources/477383-1127230817535/0821364154.pdf>>. Acesso em 20/12/2007.

BARROS, M.B.A. et al. Desigualdades sociais na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD-2003. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11 (4): 911-926, 2006.

BOEHS, A.E. Análise dos conceitos de negociação/acomodação da teoria de M. Leininger. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 10 (1): 90-6, 2002.

BOGDAN, R.C.; BIKLEN, S. K. *Investigação qualitativa em educação: uma introdução a teoria e aos métodos*. Tradução: Maria João Alvarez, Porto: Porto Editora, p. 74, 1994.

BRASIL. Comissão Nacional de Determinantes em Saúde. Grupo eclético, missão comum. Comissão Nacional de Determinantes Sociais em Saúde, *RADIS*, 45, 2006.

BRASIL, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome. *O Programa Bolsa Família*, 2007. Disponível em: http://www.mds.gov.br/bolsafamilia/o_programa_bolsa_familia>. Acesso em: 05/01/2007.

BUSS, P.M. Uma introdução ao conceito de promoção da Saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (org) *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

BUSS, P.M. Globalização, pobreza e saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12 (6): 1575-1589, 2007.

CAMPANE, R. Z.; GONÇALVES, A.; CORREA, C. R. A Atividade Física no controle de hipertensão arterial nos Serviços Básicos de Saúde, a partir do Projeto São Marcos, Campinas, SP. In: *XIV Simpósio de Educação Física e Desportos do Sul do Brasil*, Ponta Grossa, PR, setembro de 2002.

CAMPOS, A.M. Accountability: Quando poderemos traduzi-la para o português? *Revista de Administração Pública*, 24(2): 30-50, 1999.

CAMPOS, G.W.S. et al. *Universidade, Organização da Sociedade Civil e Administração Pública para o desenvolvimento de programas de pesquisa – ação objetivando a transformação de um bairro carente em comunidade saudável*. Projeto de Política Pública junto a Fapesp, com a parceria de: Unicamp, Instituto de Pesquisas Especiais para a Sociedade (IPES), Secretaria Municipal de Assistência Social de Campinas, 2000.

CAMPOS, G.W.S. Reforma Política e Sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(2): 301-306, 2007.

CARVALHO, S.R. *Saúde Coletiva e Promoção da Saúde: sujeito e mudança*. São Paulo: Hucitec, 2005.

CARVALHO, P.J.A.; COSTA, R.F.; KILLIAN, L.F.; et al. Efeitos adaptativos em índices antropométricos, decorrentes de programa de Exercícios Físicos associados à dieta, em obesos internados em SPA médico. In: *XXV Simpósio Internacional de Ciências do Esporte*, São Paulo, SP, 10 a 12 de outubro de 2002.

CARVALHO, P.J.A.; PADOVANI, C.R.; GONÇALVES, A. Evolução na classificação de índices antropométricos, relacionados a fatores de risco à saúde, no tratamento da obesidade em spa médico. In: *III Congresso Internacional de Educação Física e Motricidade Humana*, Rio Claro, maio de 2003

CDSS, Comissão de Determinantes Sociais de Saúde. *Rumo a um modelo Conceitual para análise e ação sobre os Determinantes Sociais de Saúde*, 2005. Disponível em: <<http://www.determinantes.fiocruz.br/acoes.asp>>. Acesso em: 15/03/2007.

COELHO, I.B. Os impasses do SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12 (2); 307-317, 2007.

CONILL, E. Notas sobre cuidados no monitoramento de políticas e programas intersetoriais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12 (6): 1422-1428, 2007.

CORRÊA FILHO, H.R.; GONÇALVES, N.N.S.; GONÇALVES, A. Ciência e Tecnologia em saúde no Brasil: modelo de identificação de prioridades setoriais. *Revista Brasileira de Administração Pública*, São Paulo, 28 (4):18-26, 1994.

DALLARI, S.G. et al. Advocacia em saúde no Brasil contemporâneo. *Revista Saúde Pública*, 30(6): 592-601, 1996.

DEBUS, M.; NOVELLI, P. *Manual para Excelencia em la investigación mediante Grupos Focales*, Washington: Academy for Education Development, 1994.

DROOMERS, M.; WESTERT, G.P. Do lower socioeconomic groups use more health services, because they suffer from more illnesses? *European Journal of Public Health*, 14 (3):311-313, 2004.

ESSED-FERNANDES, M. et al. Saúde, empoderamento, direito e responsabilidade, Tradução Andrea Romani. *International Women's health Coalition*, s/d. Disponível em: <<http://portugues.iwhc.org/docUploads/HERAActionsheets%5Fpo.pdf>>. Acesso em: 29 dez. 2006.

FLEURY, S. Pobreza, desigualdade ou exclusão? *Ciência & Saúde Coletiva*, 12 (6):1433-1428, 2007.

GIFFIN, K.M. Financeirização do Estado, erosão da democracia e empobrecimento da cidadania: tendências globais? *Ciência & Saúde Coletiva*, 12 (6): 1491-1504, 2007.

GIUSTI, S.E.B.; LINS, E. *Inclusão e promoção social há 55 anos*. Jornal Correio Popular/Opinião, 2005. Disponível em: <http://www.unicamp.br/unicamp/canal_aberto/clipping/junho2005/clipping050615_correiopop.html>. Acesso em: 19 jun.2006.

GONÇALVES, A. et al. Empoderando grupos populacionais excluídos através de hidroginástica. In: VII Congresso Brasileiro de saúde Coletiva, 2003, Brasília. *Anais do VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva*, Brasília: ABRASCO, 2003.

GONÇALVES, A. Agentes comunitários de saúde: choque de povo. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro. 20 (6): 1771-1772, 2004.

GONÇALVES, A.; VICENTIN, A.P.M. Promovendo e exercendo Economia Solidária através da Saúde e do Esporte: a experiência da Unicamp no Jardim São Marcos, Campinas, SP. In: *II Encontro Internacional de Economia Solidária*. São Paulo, 14 a 16 de junho, 2004.

GONÇALVES, A. Qualidade de Vida. In: GONZÁLEZ, F. J.; FENSTERSEIFER, P. E. (org) *Dicionário Crítico de Educação Física*. Ijuí: Editora Ijuí, p. 354-356, 2005.

GONÇALVES, A. A Saúde e a Atividade Física no trabalho, sociedade e meio ambiente: refêns de velhos totens? In: VILARTA, R.; CARVALHO, T.H.P.F.; GONÇALVES, A. et al. *Qualidade de Vida e Fadiga Institucional*. Campinas: IPES/PREAC, Unicamp, 2006.

GRUPO PRIMAVERA, *Compromisso e esperança fundamentaram a história do Grupo Primavera*, s/d. Disponível em: <www.gprimavera.org.br/index.html>. Acesso em: 15 jul. 2006.

GUERREIRO, G.; ZIMMERMANN, P. *Governadores amenizam críticas ao PAC, mas cobram contrapartidas*. Disponível em <<http://www1.folha.uol.com.br/folha/dinheiro/ult91u114091.shtml>>. Acesso em: 20/12/2007.

HERNÁNDEZ, B.; HAENE, J.; BARQUERA, S. et al. Factores asociados con la actividad física en mujeres mexicanas en idade reproductiva. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 14(4) 235-245, 2003.

IERVOLINO, A.S.; PELICIONI, M.C.F. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. *Revista Escola Enfermagem USP*, 35 (2): 115-25, 2001.

IPES. Como funciona o IPES? *Instituto Pesquisa Especiais para a Sociedade*, 1998. Disponível em: <<http://www.unicamp.br/preac/ipes/index.html>>. Acesso em: 10 jul. 2006.

LABONTE, R. *Health promotion and empowerment: practice frameworks*. Center for Health Promotion: Toronto, 1993.

LEFÈVRE, F; LEFÈVRE, A.M.C. *O discurso do sujeito coletivo: Um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos)*. Caxias do Sul: EDUCS, p. 16, 2003.

LIMA-COSTA, M.F.; MATOS, D.L.; CAMARANO, A.A. Evolução das desigualdades sociais em saúde entre idosos e adultos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD 1998, 2003). *Ciência & Saúde Coletiva*, 11 (4): 941-950, 2006.

MAGALHÃES, R.; BURLANDI, L.; SENNA, M. C. et al. Desigualdades sociais, saúde e bem-estar: oportunidades e problemas no horizonte de políticas públicas transversais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12 (6): 1415-1421, 2007.

MARTINS, J.P.S; RANGEL, H.A. *Campinas: no rumo das comunidades saudáveis*. Campinas: IPES Editorial, 2004.

MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 9º ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

MONNERAT, G.L. et al. Do direito incondicional à condicionalidade do direito: as contrapartidas do Programa Bolsa Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12 (6):1453-1462, 2007.

MONTEIRO, C.A.; CONDE, W.; MATSUDO, S.M. et al. A descriptive epidemiology of leisure-time physical activity in Brazil, 1996-1997. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 14 (4), 246-254, 2003.

MORGAN, D. *Focus groups as qualitative research*, Newbury Park, California: Sage Publications, 1988.

MORSE, J.M.; FIELD, P.A. *Qualitative Research methods for health professionals*. 2 ed. London: Sage Publications, 1995. Apud: NUNES, E. D. A metodologia qualitativa em Saúde: dilemas e desafios. In: BARROS, N.F. et al (org). *Pesquisa Qualitativa em Saúde: múltiplos olhares*. p. 15-24. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas/Unicamp, 2005.

MOTTA, L.G. *PAC, a marca do segundo mandato de Lula*. Disponível em: <<http://observatorio.ultimosegundo.ig.com.br/artigos.ap?cod=433JDB003>>. Acesso em 20/12/2007

MOURA, A.C.S.; CORRÊA C.R.S., GONÇALVES, A. Atividade Física na capacitação de Agentes Comunitários: a experiência na Unidade Básica de Saúde (UBS) do Jardim Santa

Mônica - Campinas-SP. In: *Fórum Brasileiro de Educação Física e Ciências do Esporte*, Viçosa, 5 a 8 de Setembro de 2002.

OLIVEIRA, V.C. Comunicação, Informação e Participação Popular nos Conselhos de Saúde. *Saúde e Sociedade*, 13(2): 62, 2004.

OMS. Ação sobre os determinantes sociais da saúde: aprendendo com experiências anteriores. Secretaria da Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde, março de 2005. Disponível em: <http://www.determinantes.fiocruz.br/pdf/texto/T4-1_Marmott-AÇÃO%20SOBRE%20OS%20DETERMINANTES%20SOCIAIS%20DA%20SAÚDE.pdf>. Acesso em: 29 dez. 2006.

OPAS. 1º Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, Ottawa, 1986. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Ottawa.pdf>> Acesso em: 02 out. 2006.

OPAS. 2º Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, Adelaide, 1988. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Adelaide.pdf>>. Acesso em: 02 out. 2006.

OPAS. Quarta Conferência Internacional de Promoção da Saúde, Jacarta, 1997. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Jacarta.pdf>>. Acesso em: 02 out. 2006.

OPAS. Terceira Conferência Internacional de Promoção da Saúde, Sundsvall, 1991. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Sundsvall.pdf>>. Acesso em: 02 out. 2006.

OPAS. Quinta Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, Cidade do México, 2000. Disponível em <<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Mexico.pdf>>. Acesso em: 02 out. 2006.

OPAS. *Doenças crônico-degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde*. Organização Pan-Americana de Saúde, Brasília, 2003.

PAIM, J.S.; ALMEIDA FILHO, N. Saúde coletiva: uma "nova saúde pública" ou campo aberto a novos paradigmas? *Revista de Saúde Pública*, 32 (4) 299-316, 1998.

PAC. *Programa de Aceleração do Crescimento*. 2007. Disponível em: <http://www.planejamento.gov.br/arquivos_down/noticias/pac/070122_PAC.pdf> Acesso em 05/11/2007.

PAC SAÚDE. *Programa Mais Saúde*. 2007. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/pacsauade/index.php>>. Acesso em 05/12/2007.

PATE, R.; PRATT, M.; BLAIR, S.N. et al. Physical activity and public health: a recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. *JAMA*, 273 (5): 402-407, 1995. Disponível em: <<http://wonder.cdc.gov/wonder/prevguid/p0000391/p0000391.asp#head0090000000000000>>. Acesso em 15/12/2007.

PASETTI, S.R.; GONÇALVES, A.; PADOVANI, C.R. Corrida em água profunda para melhora da aptidão física de mulheres obesas: estudo experimental de grupo único. In: *XXVII Simpósio Internacional de Ciências do Esporte*, São Paulo: CELAFISCS, Outubro, 2004

PELLEGRINI FILHO, A. O desafio é a mudança de prioridade, Entrevista, *RADIS*, 45: 28, 2006.

PEREIRA, L.C.B. Da administração pública burocrática à gerencial. *Revista Servidor Público*. Brasília, 120(1): 15-21, 1996.

PROGRAMA BRASIL-CANADÁ PARA PROMOÇÃO DA EQUIDADE. *Agência Canadense para o desenvolvimento internacional*, Canadá, 2005. Disponível em: <<http://www.dfait-maeci.gc.ca/BRAZIL/PDF/FOLHETO2-pt.pdf>>. Acesso em: 30/12/2006.

RISSEL, C. Empowerment: the holy grail of health promotion (abstract). *Health Promotion International*, 9 (1): 39-47, 1994.

SANTOS, L.G.L. *Mostra TIC 2006 destacará transparência na gestão pública*, 2006. Disponível em: <<http://www.contrix.com.br/site/index.php/content/view/154/2/>>. Acesso em: 31 maio. 2006.

SECLÉN-PALACÍN, J.; JACOBY, E. R. Factores sociodemográficos y ambientales asociados com la actividad física deportiva en la población urbana del Peru. *Revista Panamericana Salud Publica*, 14(4), 225-264, 2003.

SIGERIST, H. E. *The University at the crossroads*. New York: Henry Schumann Publishers, 1946.

STOTZ, E.N.; ARAÚJO, J.W. Promoção da Saúde e Cultura Política: a reconstrução do consenso. *Saúde e Sociedade*, 13 (2): 5-19, 2004.

SUPLICY, E.M. O direito de participar da riqueza da nação: do Programa Bolsa Família à Renda Básica de Cidadania. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12 (6): 1623-1628, 2007.

TARLOV, A. Social determinantes of health: thhe sociobiological translation. In: BLANE, D.; BRUNNER, E; WILKINSON, R (Ed) *Health and Social Organization*. London: Routedge, 1996.

THOMAS, J; NELSON, J. *Métodos de pesquisa em atividade física*, Porto Alegre: Artmed, 2002.

TRAVASSOS, C.; OLIVEIRA, E.X.G.; VIACAVA, F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11 (4): 975-986, 2006.

TURATO, E.R. *Tratado de metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas*. Petrópolis: Vozes, 2003.

VASCONCELOS, E.M. *O poder que brota da dor e da opressão: empowerment, sua história, teorias e estratégias*. São Paulo: Paulus, 2004.

VEDRUNA. Folheto explicativo. Associação Civil Carmelitas da Caridade. *Centro Assistencial Vedruna: defendendo e promovendo a vida*. Campinas, São Paulo, 2002.

VERGARA, S.C.; FERREIRA, V.C.P. Representação social de ONGs segundo formadores de opinião. *Revista de Administração Pública*, 39 (5): 1141, 2005.

VICENTIN, A.P.M.; PADOVANI, C.R.; GONÇALVES, A. Efeito da hidroginástica sobre a flexibilidade de mulheres sedentárias excluídas da população economicamente ativa. In: *Anais do 26º Simpósio Internacional de Ciências do Esporte do Celafiscs*. São Paulo: CELAFISCS, out. 2003.

VICENTIN, A.P.M.; PADOVANI, C.R.; GONÇALVES, A. et al. Efeitos de programa quasi-experimental de hidroginástica na qualidade de vida de mulheres sedentárias aponta para consideração do domínio social no WHOQOL-Bref, Apresentação na *XXII Jornada Sul-Rio-Grandense de Psiquiatria Dinâmica e II Encontro Ibero-Americano de Qualidade de Vida*, Centro de Eventos da AMRIGS, Porto Alegre de 19 a 21 de agosto, 2004.

VICENTIN, A.P.M.; PADOVANI, C.R.; GONÇALVES, A. Qualidade de vida, *empowerment* e atividade física em mulheres brasileiras: o caso da hidroginástica no Jardim São Marcos, Campinas-SP. In: VILARTA, R. et al (org). *Qualidade de Vida e Fadiga Institucional*. Campinas: IPES Editorial, p. 255-70, 2006a.

VICENTIN, A.P.M.; PADOVANI, C.R.; GONÇALVES, A. The physiological and psychosocial effects of a 13 week hydrogymnastics program on healthy Brazilian women, *Facta Universitatis, Series Physical Education and Sport*, 4 (1): 73-9, 2006b.

WALLERSTEIN, N. Powerlessness, empowerment, and health: implications for health promotion programs. *American Journal of Health Promotion*, 6:197-205, 1992.

WESTPHAL, M.F. et al. Grupos Focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. *Boletim Oficina Sanitária Panamericana*, 120 (6): 472-82, 1996.

WHO. *Community empowerment for health and development*. Regional Office for the Eastern Mediterranean, 2003. Disponível em <http://disei.who.int/uhtbin/cgiisirs/sBpeU9RHyG/199310025/2/1000>. Acesso em: 06/12/2007.

WHO. *Health promotion and healthy lifestyles*, A57/Vr/8, World Health Organization, Geneva, 2004.

7. Apêndices

Apêndice A. Roteiro de questões



**GRUPO SAÚDE COLETIVA/EPIDEMIOLOGIA E
ATIVIDADE FÍSICA**
Faculdade de Educação Física
Caixa Postal 6134
Cidade Universitária "Zeferino Vaz"
CEP: 13083-970
Campinas/SP - Tel.: (19) 3 788-6620



ROTEIRO DE QUESTÕES

- 1 - Aqui nesse bairro moram mais de 20 mil pessoas. Eu queria saber como vocês vêm e como vocês sentem que está a saúde das pessoas que estão e que moram aqui no bairro.
- 2 - Agora eu quero perguntar sobre condições gerais, saneamento, condições de moradia: como vocês vêm isso.
- 3 - Sobre atividade física, eu gostaria de saber o que vocês já fizeram de atividade física durante sua vida.
- 4 - Agora eu queria saber se vocês acham que é importante ou não a atividade física na vida das pessoas.
- 5 - O que vocês gostariam que tivesse aqui no bairro e hoje não tem? E em relação à atividade física?

Apêndice B. Parecer Projeto – Comitê de Ética em Pesquisa



UNICAMP

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
 ☒ Caixa Postal 6111, 13083-970 Campinas, SP
 ☎ (0_19) 3788-8936
 FAX (0_19) 3788-8925
 🌐 www.fcm.unicamp.br/pesquisa/etica/index.html
 ✉ cep@fcm.unicamp.br

CEP, 24/05/05.
(Grupo III)

PARECER PROJETO: N° 107/2005

I-IDENTIFICAÇÃO:

PROJETO: “EM DIREÇÃO AO EMPODERAMENTO E À CIDADANIA PELA ATIVIDADE FÍSICA NO BAIRRO SÃO MARCOS, CAMPINAS-SP”
PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Ana Paula Martins Vicentin
INSTITUIÇÃO: Faculdade de Educação Física da Unicamp
APRESENTAÇÃO AO CEP: 21/03/2005
APRESENTAR RELATÓRIO EM: 24/05/06

II - OBJETIVOS

Descrever e analisar a relação atividade física e saúde na população considerada e identificar os determinantes do acesso limitado a programas de atividade física; fomentar e, em viabilizando, planejar e avaliar programa de atividade física de acordo com princípios existentes e cultura local.

III - SUMÁRIO

Serão incluídas mulheres entre 35 e 55 anos provenientes da população adstrita ao Centro de Saúde do Jardim Santa Mônica adequadamente inscritas no Centro, com boas condições de saúde segundo registro do prontuário ou atestado médico. Será realizada uma consulta à população através de survey, operado pela técnica de grupos focais.

IV - COMENTÁRIOS DOS RELATORES

Projeto de pesquisa inserido em uma linha já determinada. Termo de consentimento livre e esclarecido adequado, contendo os objetivos, justificativa e metodologia do trabalho.

V - PARECER DO CEP

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, após acatar os pareceres dos membros-relatores previamente designados para o presente caso e atendendo todos os dispositivos das Resoluções 196/96 e complementares, bem como ter aprovado o Termo do Consentimento Livre e Esclarecido, assim como todos os anexos incluídos na Pesquisa, resolve aprovar sem restrições o Protocolo de Pesquisa supracitado.

- 1 -

Apêndice B. Parecer Projeto – Comitê de Ética em Pesquisa

O conteúdo e as conclusões aqui apresentados são de responsabilidade exclusiva do CEP/FCM/UNICAMP e não representam a opinião da Universidade Estadual de Campinas nem a comprometem.

VI - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 – Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).

Pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.1.z), exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade do regime oferecido a um dos grupos de pesquisa (Item V.3.).

O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4.). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projeto do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, Item III.2.e)

Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, de acordo com os prazos estabelecidos na Resolução CNS-MS 196/96.

VII - DATA DA REUNIÃO

Homologado na V Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 24 de maio de 2005.


Prof. Dra. Carmen Sílvia Bertuzzo
PRESIDENTE DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FCM / UNICAMP

Apêndice C. Termo de assentimento livre e esclarecido

Normas de Pesquisa envolvendo Seres Humanos:

Resolução 196/96 Conselho Nacional de Saúde.

In: Ministério da Saúde /Fundação Nacional da Saúde.

Informe Epidemiológico do SUS. Suplemento 3, ano V, n.2 abril a junho, 1996.

Projeto: Conhecendo para intervir, em direção ao empoderamento e à cidadania pela atividade física no Complexo São Marcos, Campinas-SP

Eu, _____, _____ anos, portador do R.G. _____
residente na rua/av. _____ nº _____ bairro _____,
tenho pleno conhecimento que as informações a meu respeito poderão ser utilizadas para investigação referentes a Atividade Física e Saúde Coletiva. Trata-se da realização de grupos de discussão com temas relacionados a saúde a atividade física, com relatos e discussão dirigidas, que não oferecem nenhum tipo de risco aos participantes.

Considero-me suficientemente informado de que não passarei por nenhum tipo de constrangimento ou dano.

Declaro concordar em dar informações a meu respeito, sabendo que está garantido o esclarecimento do que quer que julgue necessário e assegurado o sigilo pessoal quanto aos dados cedidos, bem como a liberdade de recusar a participação ou retirar o consentimento, em qualquer momento, sem penalização e prejuízo.

Nome

Assinatura

____/____/____
Data

Em caso de dúvida, recusa ou reclamação, recorrer a:

Prof. Dr. Aguinaldo Gonçalves ou Ana Paula Martins Vicentin
Faculdade de Educação Física da UNICAMP, Fone: (19) 37886620
Comitê de Ética em Pesquisa/UNICAMP, Fone: (19) 37888925