

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE EDUCAÇÃO FÍSICA E DESPORTOS**

**MOISES DA SILVA ROBERTO
RENATA ROCHA VALDETARO**

**A PROMOÇÃO DA SAÚDE EM PERSPECTIVA A PARTIR DE
CENÁRIOS REAIS: ENTRE O PARADIGMA IDEALIZADO E AS
PRÁTICAS POSSÍVEIS EM UM TERRITÓRIO CAPIXABA**

**VITÓRIA
2013**

MOISES DA SILVA ROBERTO
RENATA ROCHA VALDETARO

**A PROMOÇÃO DA SAÚDE EM PERSPECTIVA A PARTIR DE
CENÁRIOS REAIS: ENTRE O PARADIGMA IDEALIZADO E AS
PRÁTICAS POSSÍVEIS EM UM TERRITÓRIO CAPIXABA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao
Curso de Graduação em Educação Física
Bacharelado da Universidade Federal do Espírito
Santo.

Orientador: Professor Marcos Bagrichevsky

VITÓRIA
2013

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE EDUCAÇÃO FÍSICA E DESPORTOS

Título do TCC:

“A promoção da saúde em perspectiva a partir de cenários reais: entre o paradigma idealizado e as práticas possíveis em um território capixaba”

Nome (s) do(s) aluno(s):

Moises da Silva Roberto

Renata Rocha Valdetaro

Nome do Orientador:

Prof. Dr. Marcos Bagrichevsky

Composição da Banca de Avaliação:

- 1) Prof. Dr. Marcos Bagrichevsky (presidente da banca)
- 2) Profa. Dra. Adriana Estevão (DG/UFES)
- 3) Profa. Ms. Analice Alcantara Meireles (SEMUS/Vitória)
- 4) Profa. Ms. Ivana Macedo Cardoso (SEMUS/Vitória)

Abril de 2013

AGRADECIMENTOS

A Deus, primeiramente, que nos abençoou com a oportunidade de termos cursado a faculdade, dando-nos forças e sabedoria.

Ao nosso orientador, Prof. Dr. Marcos Bagrichevsky, pela dedicação e contribuição para a realização deste trabalho.

Aos participantes frequentadores do Grupo de Homens, pela rica oportunidade de qualificar nossa formação profissional e à professora Analice Alcântara Meireles, que nos recebeu de braços abertos na UBS de Consolação, durante o período do estágio.

A todos os alunos e companheiros de classe do bacharelado em educação física do CEFD/UFES, pelas trocas de experiências e convivência saudável durante o curso.

A toda família e amigos que nos incentivaram para a concretização de mais um sonho.

“Posso todas as coisas em Cristo que me fortalece.”

Filipenses 4:13

RESUMO

Trata-se de estudo de análise empírico-conceitual, que adotou como tema central a *Promoção da Saúde*. Nesse sentido, buscamos problematizar certos aspectos teóricos basilares relacionados ao assunto (encontrados na literatura científica) à luz de nossa experiência discente vivenciada no estágio supervisionado na Unidade Básica de Saúde (UBS) de Consolação, cidade de Vitória. Para tanto, tomamos como referência “dialógica” as atividades cotidianas do Grupo de Homens (GH) das quais participamos entre abril e junho de 2012, e que são apresentadas e discutidas ao longo do trabalho.

Pautados nas experiências coletivas acumuladas durante o estágio supervisionado em educação física e saúde no território adstrito da UBS de Consolação, observamos que 13 usuários dessa Unidade, em média, frequentavam o GH. Desses, 12 participavam desde o momento inicial de nosso estágio. Os encontros semanais eram coordenados pela professora de educação física da UBS, Analice Alcantara Meireles, e pelos psicólogos Kaylla Maria Castro Tavares (que era da UBS) e professor Luiz Gustavo Silva Souza da UFES, e também contavam com apoio de estagiários de outros cursos/faculdades como farmácia, medicina e educação física, e às vezes, com a participação de outros profissionais convidados.

As tarefas propostas e realizadas no GH visavam conhecer e ajudar homens moradores do território adstrito à UBS, no enfrentamento de problemas relacionados ao alcoolismo e/ou outras drogas. No GH eram abordadas dimensões que envolvem todo o contexto de vida, sem focar unicamente o assunto “álcool/drogas”. Nesse processo, foram realizados diálogos, dinâmicas, palestras e visitas ao território, que nos permitiram contextualizar e empreender reflexões críticas acerca de fatos e acontecimentos cotidianos que, em grande parte, conformam a dura realidade dessas pessoas. Todos os usuários que integram o GH eram (e são) estimulados a participar das atividades propostas, respondendo questões indutoras das dinâmicas, comentando, perguntando, ouvindo, sentando em círculo ao redor da mesa, desenhando, escrevendo, opinando e brincando.

A participação junto ao GH foi enriquecedora, entre vários motivos, porque nos possibilitou perceber a importância da análise interdisciplinar no processo de discussão das condições de vida de seus integrantes. Essa inserção sensibiliza os sujeitos (profissionais de saúde e usuários) a ampliarem olhares sobre promoção da saúde, a partir do contexto das realidades locais, em geral muito “duras” nas periferias brasileiras.

Palavras-chave: Saúde; Promoção da Saúde; Educação em Saúde; Alcoolismo; Ed. Física.
Classificação: Educação Física e Saúde.

ABSTRACT

It is the study of empirical and conceptual analysis, which adopted as its central theme the *Promotion of Health*. Accordingly, we seek to problematize theoretical cornerstones certain aspects related to the subject (found in the scientific literature) in the light of our experience students experienced in the Basic health (UBS) of Consolação, city of Vitoria. Therefore, we refer "dialogical" everyday activities of the Group of Men (GH) in which we participate between april and June 2012, which are presented and discussed throughout the paper.

Graded in collective experiences that we experience during supervised physical education and health in the territory attached UBS of Consolação, we observed that 13 users that UBS, on average, attended the GH. Of these, 12 participated from the initial stage of our. The weekly meetings were coordinated by physical education teacher Analice Alcantara Meireles and by psychologists Kaylla Maria Castro Tavares (who was UBS) and Professor Luiz Gustavo Silva Souza UFES, and also relied on the support of trainees from other courses / colleges such as pharmacy, medicine and physical education, and sometimes with the participation of other invited professionals.

The proposed tasks and performed in GH sought help men understand and residents of the territory attached to UBS in coping with problems related to alcohol and / or other drugs. In GH were approached dimensions involving the entire context of life, without focusing solely subject "alcohol / drugs". In this process, were conducted dialogues, dynamic, lectures and visits to the territory, which allowed us to contextualize and undertake critical reflections about everyday events and facts that largely make up the harsh reality of these people. All users who are part of the GH were (and are) encouraged to participate in the proposed activities, answering questions inducing dynamics, commenting, asking, listening, sitting in a circle around the table, drawing, writing, playing and opining.

The share of the GH was enriching, among several reasons, why has enabled us to realize the importance of interdisciplinary analysis in the discussion of the conditions of life of its members. This insertion sensitizes subjects (health professionals and users) to broaden perspectives on health promotion, from the context of local realities, overall very "hard" in the Brazilian peripheries.

Keywords: Health, Health Promotion, Health Education; Alcoholism and Physical Education.
Classification: Physical Education and Health.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	9
2 METODOLOGIA.....	12
3 SOBRE A PROMOÇÃO DA SAÚDE.....	14
4 A EXPERIÊNCIA COM O “GRUPO DE HOMENS”: UMA DAS PROPOSTAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NA UBS DE CONSOLAÇÃO	21
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	35
REFERÊNCIAS.....	39

1 INTRODUÇÃO

A promoção da saúde tem sido descrita de várias maneiras na literatura científica. Sua polissemia semântico-conceitual acompanha e influencia fortemente as diversas práticas de saúde que recebem o mesmo nome (IGLESIAS; DALBELLO-ARAUJO, 2011). Nesse sentido, problematizamos, de forma introdutória, algumas dimensões teóricas da promoção da saúde, buscando “articulá-las às” e “confrontá-las com” as experiências vividas em um projeto de educação em saúde denominado Grupo de Homens (GH), conduzidas/desenvolvidas na Unidade Básica de Saúde (UBS) de Consolação (município de Vitória – ES), e cujas ações são destinadas, principalmente, aos moradores daquele território adstrito, que convivem com uso de álcool e/ou outras drogas.

O presente trabalho deriva, em parte, de nosso relatório final do estágio supervisionado em Educação Física e Saúde, bem como das apropriações teóricas cursadas na disciplina “educação física e promoção da saúde”, ambas realizadas no primeiro semestre do ano letivo curricular de 2012. Nosso primeiro contato com o campo de estágio ocorreu no dia 19 de março de 2012, dia em que a sanitarista daquela UBS, Ivana Macedo Cardoso¹ apresentou a análise situacional² do território adstrito à Unidade, a fim de que os novos estagiários pudessem conhecer e aproximar da realidade social desse espaço geopolítico. No dia 14 de junho do mesmo ano encerramos o referido estágio.

Já é consensual o reconhecimento da importância sobre recolhimento de informações relacionadas às condições de saúde-doença das populações dos distritos sanitários, a fim de diagnosticar o contexto situacional e identificar as suas respectivas necessidades, para que, gestores e profissionais de saúde possam elaborar e implementar projetos e programas ajustados àquelas realidades. Informações úteis podem ser encontradas no Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), nos *sites* de prefeituras municipais e de secretarias estaduais (por exemplo, nas secretarias de saúde, de planejamento, de ação social, de educação, de meio ambiente, do trabalho, etc.), bem como junto a companhias de abastecimento de água, esgoto, limpeza urbana, energia elétrica, dentre outros (ARAÚJO, 2004; FERREIRA; CORDÓN, 2002).

O diagnóstico situacional do território adstrito à UBS de Consolação (SEMUS, 2011) revela uma área com 11.650 habitantes, segundo dados do IBGE (2010), distribuídos

¹ Médica pediatra e mestre em saúde coletiva.

² Levantamento e análise do processo saúde-doença relacionado ao perfil demográfico, econômico e sócio-sanitário, que inclui, entre outras informações: morbidade, fatores de risco, mortalidade, recursos materiais, cobertura de ações e serviços básicos, etc.

em quatro bairros: Consolação, Gurigica (Floresta e Jaburu), Horto e São Benedito. No entanto, segundo a ficha A da UBS (preenchida pelos ACS – Agentes Comunitários de Saúde), a população dessa localidade, em 2012, correspondia a 13.954 habitantes, evidenciando que o IBGE subestimou a quantidade de moradores do referido território (entre os anos 2006 e 2010, foram 203 nascidos vivos de média anual). Ali são encontradas áreas caracterizadas pelo processo de urbanização desordenado e de ocupações “irregulares”. Essa característica mostra uma das possibilidades, apontadas pelos profissionais da UBS, como uma das prováveis causas da diferença na contagem registrada pelo IBGE e pela SEMUS de Vitória. Por haver locais de difícil acesso, possivelmente os recenseadores do IBGE não compareceram nos espaços territoriais nos quais os ACS conseguem se aproximar e transitar cotidianamente, com maior “liberdade”.

Entre esses quatro bairros do território de Consolação, há dois que apresentam dados preocupantes em relação aos indicadores socioeconômicos. De acordo com o Índice de Qualidade Urbana (IQU), cujo ranking varia da 1ª à 79ª posição, o bairro de São Benedito ocupa a última colocação com 0,2 e Gurigica ocupa a 72ª posição com 0,36 de IQU, o que é um contraste em relação ao IQU médio da cidade, o qual corresponde a 0,59. O IQU é indicador composto, elaborado pela PMV, aplicado para os bairros do município, baseado em censo relativo aos anos 1991 e 2000 do IBGE. Constitui-se num índice desenvolvido pelo Instituto de Estudos, Formação e Assessoria em Políticas Sociais, composto por quatro dimensões, a saber: educação, renda, habitação e ambiente (PMV, 2012).

É importante mencionar que aproximadamente 1.645 metros é a distância entre o bairro São Benedito (último colocado no ranking do IQU) e o bairro Santa Helena (primeiro colocado no ranking do IQU, com 0,84). A distância entre São Benedito e o bairro Horto (22º colocado no ranking) equivale a 761 metros; a distância entre São Benedito e Consolação (28º colocado no ranking) é igual a 484 metros (PMV, 2012). Com esses dados percebemos a existência de profundas desigualdades sociais em territórios circunvizinhos, desigualdades que afetam a saúde e as condições de vida da população, pois os problemas de saúde existentes, atualmente, em todo mundo estão relacionados às desigualdades sociais, aos problemas fundamentais da distribuição da riqueza (PALMA, 2001).

Essas grandes discrepâncias observadas entre essas regiões da cidade de Vitória exercem grande influência na vida e na saúde, sobretudo dos moradores das regiões mais pobres. Tal situação configura umas das consequências do sistema econômico vigente – capitalismo. Muitas pessoas não possuem opções para fazer escolhas e estabelecem moradias onde é possível, mesmo em áreas de risco, denominadas, geralmente, de favelas.

As baixas condições socioeconômicas da população e o aumento na concentração desigual de renda agravam a situação de exclusão e mantém os problemas de saúde-doença. Os efeitos dessas desigualdades são a proliferação de enfermidades, o desemprego e a violência, que afetam nocivamente o bem-estar e condição existencial das pessoas que habitam os bairros periféricos. Países em desenvolvimento, como o Brasil, onde grande parte da população vive em condições de pobreza, apresentam altas taxas de mortalidade, sobretudo infantil, resultantes de problemas que poderiam ser evitados, não fossem as más condições de alimentação, moradia, saneamento básico e do meio ambiente (BYDLOWSKI; WESTPHAL; PEREIRA, 2004).

Nessa direção, Moretti et al. (2009) afirmaram que os determinantes sociais de saúde característicos nos últimos 50 anos no Brasil são: excesso de lixo, esgoto, falta de água, poluição atmosférica, sonora, diminuição das áreas verdes e ocupação desordenada. Os determinantes sociais de saúde condicionam, entre outros problemas, o estresse, a drogadição e a desnutrição, tanto do ponto de vista qualitativa quanto quantitativo.

É nesse cenário delicado que ocorreram nossas experiências com o GH, no território adstrito à UBS de Consolação. Abordamos, de forma problematizadora, as principais características: das atividades desenvolvidas no GH e seus desdobramentos contextuais; da UBS de Consolação, suas equipes de saúde e territórios. Correlacionamos algumas observações aí produzidas com informações da literatura acadêmica, cotejando dados científicos e empíricos.

Nosso objetivo foi descrever e problematizar as práticas de promoção à saúde nesse contexto, tomando como referência o GH. Para tanto, também realizamos uma revisão de literatura não exaustiva sobre o tema “promoção da saúde”, a fim de articulá-lo às experiências do GH. Por meio desse trabalho revisional da temática, constatamos diferentes acepções sobre saúde e sua promoção. Encontramos autores que defendem a educação em saúde como práticas constitutivas da promoção da saúde; e metodologias distintas de educação em saúde.

2 METODOLOGIA

Trata-se de estudo de análise empírico-conceitual, que adotou como tema central a Promoção da Saúde. Nesse sentido, buscamos problematizar certos aspectos teóricos basilares relacionados ao assunto (encontrados na literatura científica) à luz de nossa experiência discente vivenciada na UBS de Consolação, cidade de Vitória/ES. Para tanto, tomamos como referência “concreta” as atividades cotidianas do GH das quais participamos entre abril e junho de 2012 nessa UBS, durante o estágio supervisionado em educação física e saúde, com um total de seis semanas de encontros presenciais (no GH), além dos outros encontros realizados na UFES, destinados à discussão teórica dessa disciplina.

O material para a análise empírica, obtivemos das informações sistematizadas no relatório final produzido na conclusão do estágio supervisionado em educação física e saúde. Esse relatório foi elaborado a partir dos registros dos diários de campo, feitos naquelas seis semanas em que participamos do GH (em até 12 horas após os encontros, a fim de fidelizar, ao máximo os principais acontecimentos). Esses diários abrangeram basicamente: as narrativas dos sujeitos participantes do GH, dos profissionais envolvidos na elaboração e aplicação das atividades coletivas e as questões que surgiam a cada encontro; a descrição do contexto social do território da UBS de Consolação, geradas por meio de acesso ao banco de dados acerca da análise situacional ou do site oficial da PMV, e através da visita que realizamos em uma das microáreas do território, acompanhados de ACS; descrições das atividades do GH; e também, nossos comentários sobre tudo o que foi observado e descrito naquelas seis semanas.

Concomitantemente, realizamos uma revisão de literatura não sistemática, sobre o tema promoção da saúde, a fim de articularmos teoria e prática. Inicialmente, examinamos os aspectos inerentes à promoção da saúde por meio das apropriações teóricas cursadas nas disciplinas “educação física e promoção da saúde” e “estágio supervisionado em educação física e saúde”, ambas realizadas no primeiro semestre do ano letivo curricular de 2012. Selecionamos 29 referências trabalhadas nessas disciplinas e nove entre as que foram sugeridas pelo professor orientador deste trabalho de conclusão de curso, professor Doutor Marcos Bagrichevsky. Também efetuamos pesquisas bibliográficas na base de dados Google Acadêmico, onde escolhemos 12 referências. Os artigos encontrados, escritos no idioma português, foram selecionados quanto à relevância para a discussão aqui apresentada. As palavras-chaves escolhidas para a pesquisa foram: saúde; promoção da saúde; educação em

saúde; alcoolismo; e educação física. Artigos indexados em outras bases de dados também foram consultados quando citados pelos artigos obtidos na busca original e, atendendo aos critérios acima mencionados, foram incluídos.

A partir dos critérios de inclusão/exclusão dos artigos foram utilizadas 53 referências bibliográficas, para elaboração do substrato teórico do TCC. A maioria, relativa à promoção da saúde e não aborda, diretamente, o tema alcoolismo e uso de drogas. Outras referências tratam da educação em saúde, educação física e saúde, exercícios físicos, antropologia, políticas públicas e análise de dados demográficos e socioeconômicos.

Por uma questão ética, os nomes das pessoas que participam do GH aqui registrados são fictícios (exceto os nomes dos profissionais), preservando desse modo, suas identidades originais.

3 SOBRE A PROMOÇÃO DA SAÚDE

O ponto inicial para a discussão sobre promoção da saúde pode ser o próprio conceito de saúde. A saúde como “definição dicionarizada”, criada e amplamente difundida pela Organização Mundial da Saúde (OMS): *estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade* (CONFERÊNCIA DE ALMA-ATA, 1978; OMS, 1946), segundo Palma (2001), esbarra na dificuldade de se entender o que seria “completo bem-estar”, pois se trata de uma perspectiva descontextualizada e nada operacional. A título de exemplo, bastaria adquirir uma gripe para perdermos de vista a possibilidade de alcançar esse “estado de perfeição desejado”.

Outros autores, buscando uma crítica mais aguda à ótica da OMS, tentam politizar o debate (consagrado na 8ª. Conferência Nacional de Saúde), advogando que saúde, em seu sentido mais abrangente, representa o resultado das condições de alimentação, habitação, ambiente, educação, renda, trabalho, emprego, lazer, liberdade, acesso à posse da terra e acesso a serviços de saúde (COHEN et al., 2011; STOTZ; ARAUJO, 2004).

Essas ponderações iniciais acerca das concepções ampliadas da saúde indicam que é necessário ir além da simples percepção da ausência de doença, e adotar a compreensão que inclui o enfoque coletivo, social, político, econômico e cultural, para análise do referido contexto em tela.

Conforme mencionada em documentos oficiais importantes, tal como a própria Constituição Federal Brasileira vigente, a saúde também deve ser compreendida como um direito humano fundamental. A consecução do mais alto nível possível de saúde deveria representar a mais importante meta social mundial, cuja realização requer permanentemente a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, para além do setor sanitário. Ou seja, saúde posicionada, acima de tudo, como uma questão de Estado, e que deve produzir sistemática e continuamente, práticas sociais de proteção coletiva (CARTA DOS POVOS PELA SAÚDE, 2000; CONFERÊNCIA DE ALMA-ATA, 1978).

Na mesma linha argumentativa, a Carta dos Povos pela Saúde (2000) aponta que proporcionar condições de saúde implica mudar as prioridades políticas e econômicas das nações, visto que desigualdades, pobreza, exploração, violência e injustiça encontram-se entre as causas das doenças e morte de pessoas pobres e marginalizadas. Quando se busca estabelecer inferências mais consistentes sobre a saúde populacional, é imperativo considerar, além dos aspectos biológicos, fatores socioeconômicos contextuais relevantes, aos quais as

pessoas estão submetidas e que não podem ser dissociados de seus cotidianos: distribuição desigual da renda populacional, nível de (des)emprego, condições sanitárias básicas, condições de moradia e alimentação, grau de escolaridade e de saber funcional, (in)disponibilidade de tempo livre, acesso a serviços de saúde e educação, entre outros (BAGRICHEVSKY; ESTEVÃO; PALMA, 2006; NOGUEIRA, 1998).

Não é incorreto dizer que o campo da promoção da saúde possui diferentes acepções e que poderia ser apresentado, de forma esquemática, em dois grandes eixos: *i*) um que correlaciona ações de promoção da saúde às de prevenção de doenças, equiparando-as quase como sinônimos. Nesse caso, a preocupação central repousa sobre a evitação individual dos chamados “comportamentos de risco”, sem que se discutam as reais (im)possibilidades da adoção de tais hábitos. A preocupação com a “vida saudável” está ligada à ideia de que os problemas de saúde estão quase exclusivamente “associados-ao” e “determinados-pelo” estilo de vida das pessoas; *ii*) outro, cuja concepção de saúde é mais ampla, e vai além de aspectos biomédicos. Pressupõe o envolvimento dos sujeitos na construção de um movimento de luta coletiva por melhores condições de vida, e sobretudo, por enfrentamento da precariedades estruturais da sociedade, por meio de políticas públicas. Um olhar que deve privilegiar aquilo que muitos autores denominam de “determinantes sociais da saúde”. Em tal perspectiva, as atividades de promoção da saúde deveriam ser também vetores de politização sobre as comunidades periféricas, sobre sua realidade contextual, voltadas, predominantemente, para as coletividades e para o ambiente que as rodeia (BUSS, 2000; CARVALHO, 2004; FURTADO; SZAPIRO, 2012; VERDI; CAPONI, 2005).

Essas concepções de promoção da saúde encontram eco em grandes conferências internacionais, entre as quais, talvez sejam mais conhecidas a de Alma Ata, realizada em 1978 e a de Ottawa, em 1986. Essa segunda tornou-se referência fundamental no desenvolvimento das ideias de promoção da saúde em todo o mundo (STOTZ; ARAUJO, 2004).

Por outro lado, vale lembrar que noções “politicamente corretas” a respeito da promoção da saúde, com ênfase na coletividade e meio ambiente, que supostamente visariam atingir os determinantes sociais da saúde, tal como abordada na Carta de Ottawa (1986), partem de uma lógica advinda de países capitalistas desenvolvidos e mandatários do cenário mundial (Canadá, EUA, entre outros). Em outros contextos periféricos, mostram-se difíceis de implantar/obter – assim como na realidade brasileira (BUSS 2000; MORETTI et al., 2009). Destacamos que o Brasil não teve representação em Ottawa, mas, marcou presença na I Conferência Internacional sobre os Cuidados Primários em Saúde, em Alma Ata (1978). Nesse encontro, participaram quase todas as nações do planeta, entretanto, a Conferência de

Ottawa congregou apenas os países ditos desenvolvidos e alguns poucos satélites (STOTZ; ARAUJO, 2004).

Embora exista a crítica sobre a dificuldade de se implantar, na realidade do Brasil, ações de promoção da saúde que visariam atingir os determinantes sociais da saúde, tal discussão está presente no país. Em 2006 foi criada, por Decreto Presidencial, a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS, 2008), que teve como objetivos: gerar informações e conhecimentos sobre os determinantes sociais da saúde no Brasil; contribuir para a formulação de políticas que promovessem a equidade em saúde; e mobilizar diferentes instâncias do governo e da sociedade sobre tal tema. Sua criação expressou o reconhecimento de que a saúde é um bem público, a ser construído com a participação de todos os setores da sociedade brasileira, com olhar holístico sobre a saúde populacional, indo além de aspectos biológicos.

A conotação de promoção da saúde forjada em Ottawa discursava que os objetivos incluíam “alcançar” os determinantes sociais da saúde, como: paz, educação, moradia adequada, alimentação saudável, renda suficiente, ecossistema estável, justiça social e equidade. Contudo, como seria viabilizar a consecução de tais objetivos, para os países desenvolvidos e nações pobres, historicamente marginalizadas? Nos anos que se seguiram à referida conferência, ocorreram outras sobre o mesmo tema, regionalizadas em outros cantos do globo. Em Bogotá, no ano de 1992, por exemplo, mediante a dificuldade de fazer a saúde decorrer do desenvolvimento social e humano, foi preconizada a “ação educativa” como modelo de saúde, que tem um custo menor. Modelo exequível para países depauperados (STOTZ; ARAUJO, 2004).

É nessa direção que alguns autores advogam a existência de um amplo (e até paradoxal) leque de ideias acerca da promoção da saúde constituindo desde posturas conservadoras até perspectivas críticas. Visto por esse prisma, a promoção da saúde, de fato, guarda ambivalências que extrapolam a dimensão semântico-conceitual, atingindo e atravessando os critérios que regem contemporaneamente a formulação de políticas Estatais, por exemplo.

Sob a chamada ótica conservadora (ou comportamentalista), a promoção da saúde seria um meio de direcionar os indivíduos a assumirem a responsabilidade por sua própria saúde, ao orientá-los a mudanças comportamentais e de estilo de vida, com a finalidade de prevenir agravos e riscos e assim reduzir os gastos com o sistema de saúde. Noutra via, conhecida como abordagem socioambiental ou socioecológica, conforme anunciam Ferreira, Castiel e Cardoso (2011), embora não deixe de advogar a adoção de comportamentos

considerados saudáveis, condena estratégias que culpabilizam cada sujeito pelo seu adoecimento e que prescrevem comportamentos ditos adequados independentemente do contexto social, econômico e cultural no qual estão inseridos. Essa perspectiva cobra mais a presença do Estado na produção da proteção social dos cidadãos, e enfatiza mais a responsabilidade das políticas públicas e das ações intersetoriais governamentais (CASTIEL; VASCONCELLOS-SILVA, 2006).

Não se trata aqui de negar a importância da prevenção de doenças; todavia, ela não deve ser adotada como sinônimo das ações promotoras de saúde. É necessário combater as iniquidades sociais, pois, apesar, de alguns países do mundo desenvolvidos terem alcançado níveis de riqueza bem elevados, grande parte da população mundial ainda não tem acesso a alimentos, educação, serviços de água e esgoto, abrigo, terras e seus recursos, emprego e assistência à saúde (CARTA DOS POVOS PELA SAÚDE, 2000; VERDI; CAPONI, 2005).

Esse panorama de ausência de condições básicas para uma vida digna faz parte de muitos moradores do território da UBS de Consolação. São cerca de 14 mil pessoas que tem o direito, como todo ser humano, de viver com dignidade. Essa situação é inaceitável e injusta já que se trata do município de Vitória que, segundo o balanço nacional divulgado pelo IBGE (2012), o Produto Interno Bruto (PIB) per capita desse município equivale a R\$ 76.722,00, o que assegura a 45ª posição entre todos os municípios do Brasil em relação ao ano de 2010, e que confere à cidade o maior PIB per capita entre as capitais do país.

Ora, a perspectiva conservadora da promoção da saúde não é o melhor caminho para esse contexto social do território de Consolação, já que apostar somente na mudança de estilo de vida para melhorar a saúde dos moradores desse território é paradoxal: como defender mudanças de comportamento em relação à higiene pessoal se na frente da moradia da pessoa há esgoto e lixo a “céu aberto”? Pensamos ser mais eficaz considerarmos a promoção da saúde na perspectiva crítica que, além de exigir pensar o indivíduo como um todo, demanda pensá-lo inserido na comunidade, no próprio município/cidade e no país (ALBUQUERQUE; STOTZ, 2004). Nesse sentido, a Política Nacional de Promoção da Saúde do Brasil (2010) considera o contexto de vida das coletividades ao objetivar promover a qualidade de vida, reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes sociais, como: condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais.

Para certos autores, a educação em saúde representa uma das práticas constitutivas da promoção da saúde e que permitiria, em tese, politizar as condições de vida das

coletividades (CARNEIRO, A. et al., 2012; STOTZ; ARAUJO, 2004). Em tal enfoque o processo pedagógico na perspectiva de Freire (1992) é vital; a educação seria aquela que busca a construção de uma vida social mais digna, livre e justa, partindo sempre da realidade do educando. Por isso Freire sugeria aos educadores a construção de uma postura dialética, “não mecânica”, que contribuísse para a transformação das realidades sociais e históricas opressoras.

A educação em saúde, segundo Silva et al. (2010), possui, atualmente, duas interfaces: a educação tradicional (também chamado de modelo preventivo) e a educação popular em saúde (também chamado de modelo radical). A primeira sugere estratégias “verticais” para se promover uma tomada de decisão consciente por parte da população, que é informada sobre os riscos de certos comportamentos e inteiramente responsável pela sua condição de saúde.

Esse modelo tradicional de educação tem como pressuposto a ideia de que os profissionais de saúde sabem o que constitui estilo de vida saudável; e de que a adoção desse modo de viver é uma questão de escolha pessoal. Essa percepção diverge da visão pedagógica de Freire, já que para esse autor os educadores não são os únicos possuidores da verdade. A educação em saúde com ênfase no individual não considera a influência do social na determinação, estruturação e padronização das doenças, e reduz a saúde, um produto social, a objeto passível de controle do indivíduo. Ao ignorar o social, parece considerar que todas as pessoas vivem nas mesmas condições estruturais e que, assim, todas são igualmente capazes de cuidar de si, desde que tenham conhecimento para tanto. Ou seja, desconsidera a realidade onde muitas pessoas não elegem estilos para levar suas vidas; isso porque não há opções disponíveis. Na verdade, nestas circunstâncias, o que há são estratégias possíveis de sobrevivência, muitas vezes sem margem de escolhas (CASTIEL; VASCONCELLOS-SILVA, 2006; OLIVEIRA, 2005).

Na contramão temos a educação popular em saúde, que se baseia numa relação dialógica entre o conhecimento técnico-científico e a sabedoria popular, o que possibilita abordagens mais amplas em defesa da saúde e da vida da população. A educação popular parte do pressuposto de que as classes populares têm uma dinâmica própria sobre as doenças e seus processos de cura, adquirida no seu cotidiano e que este saber deve ser respeitado e incorporado às práticas de saúde. Ocorre em uma relação horizontal entre profissionais de saúde e a comunidade. Essa ótica de educação tem como um dos principais representantes Paulo Freire, que defende construir, possibilitar e desenvolver uma vida social mais digna, ao partir da realidade do educando (SILVA et al., 2010).

Entretanto, a educação popular em saúde também recebe críticas. Oliveira (2005) afirmou que mesmo para os educadores mais conscientes dos objetivos da educação radical, é difícil garantir que o contexto da ação educativa seja permeado por uma distribuição equânime de poder, entre o educador e o sujeito da sua ação educativa. Isso porque na sua quase totalidade, os educadores em saúde são profissionais com formações especializadas; esse *status* dificulta a relação horizontal entre eles e a comunidade.

Em relação à educação em saúde, a maioria das ações que têm sido desenvolvidas no contexto internacional e, também no Brasil, permanece concentrada na prevenção de doenças e focada na responsabilização individual, o que denota predominância da educação em saúde sob a ótica tradicional. Isso sugere que as causas sociais da falta de saúde não têm sido consideradas com a ênfase desejada. Tal fato decorre do predomínio do modelo biológico na formação dos profissionais de saúde, o que dificulta a adoção de um arcabouço teórico diferente do biomédico para o desenvolvimento de ações de educação em saúde. Por isso corroboramos o que Mello (2009) afirmou, ou seja, o exercício interdisciplinar na formação dos estudantes deve ser considerado um importante caminho para o processo formativo mais amplo (ALBUQUERQUE; STOTZ, 2004; ALVES; AERTS, 2011; OLIVEIRA, 2005).

Por outro lado, no que concerne a educação popular, segundo Albuquerque e Stotz (2004), no âmbito dos municípios, os relatos de experiências que utilizam esse referencial da educação indicam que elas são levadas a cabo por iniciativa dos próprios profissionais. Essa constatação retrata o GH que é desenvolvido com auxílio de um dos psicólogos – que participa de forma voluntária do projeto. Observamos também que os profissionais articulados ao GH providenciam alguns materiais e alimentos por conta própria, a fim de possibilitar o desenvolvimento das atividades.

Deste modo, as estratégias para que as necessidades das pessoas sejam vistas de uma forma integral são: a reorganização dos serviços, as mudanças na formação e nas atitudes dos profissionais, educação em saúde e uma equipe multiprofissional (ALBUQUERQUE; STOTZ, 2004). Contudo, a “educação tradicional” não abarca toda dimensão da vida humana. Não basta apenas mostrar, por exemplo, os males em que o uso do álcool e outras drogas ocasionam no organismo, pois se esse desvelamento fosse suficiente, em nossa sociedade não existiriam médicos, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, educadores físicos, dentistas, entre outros profissionais de saúde, que consumissem bebidas alcoólicas ou outras drogas, já que possuem noções sobre os efeitos maléficos destas substâncias. Nesse sentido, Oliveira (2005, p. 426) destaca que:

[...] comportamentos são sempre interativos, o que significa que modos de vida são produtos de uma ação recíproca de fatores socioculturais e individuais. Circunstâncias ambientais, inclusive as normas sociais, às quais os indivíduos estão sujeitados e têm pouco (ou nenhum) poder para mudar, e os valores culturais que organizam a vida cotidiana, têm um impacto direto nas escolhas cotidianas das pessoas.

A reciprocidade de fatores socioculturais, ambientais e individuais influencia a saúde e sua promoção. Isso porque saúde se relaciona com o desenvolvimento histórico da sociedade, que está sempre em movimento e suas relações apresentam contradições permanentes. A saúde não é consequência exclusiva de conhecimento científico-tecnológico acumulado, mas, também, de conhecimentos socioculturais, aplicados em uma sociedade num momento histórico determinado (FERREIRA; CORDÓN, 2002).

4 A EXPERIÊNCIA COM O “GRUPO DE HOMENS”: UMA DAS PROPOSTAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NA UBS DE CONSOLAÇÃO

Nossas experiências, adquiridas por meio do estágio supervisionado, estiveram vinculadas às ações de promoção da saúde, desenvolvidas na rede municipal de saúde da capital capixaba, dentro das atividades programáticas da Estratégia Saúde da Família (ESF), as quais propõem considerar o usuário inserido em seu território e suas condições de vida (HORTA et al., 2009).

Segundo o inciso III do artigo 200 da Constituição Federal do Brasil (1988), compete ao Sistema Único de Saúde “ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde”. Nessa direção, o artigo 27 da Lei nº 8.080/90 coloca os serviços de saúde como campo para o ensino e pesquisa. Nesse sentido, a SEMUS vem aprimorando o espaço para a prática do ensino na rede de serviços de saúde de Vitória. Dentro dessa ação, efetiva-se a autorização para atos educativos, como o estágio curricular, aos alunos que estejam frequentando o ensino regular em instituições de ensino superior, médio, bem como de educação profissional da área de saúde. Isso contribui para a melhoria do processo de formação dos futuros profissionais de saúde, numa articulação entre ensino e serviço de saúde e maior aproximação da realidade local (SEMUS; PMV, 2009).

O estágio foi realizado no primeiro semestre do ano letivo curricular de 2012, vinculado às atividades específicas do GH, desenvolvido na ESF da UBS de Consolação, Maria Rangel dos Passos, situada na Rua Desembargador Otávio de Carvalho Lengruber, sem número, Consolação, Vitória ES. O GH se reunia às quintas-feiras a partir de 08h00min, no auditório da UBS, sob coordenação de Analice Alcantara Meireles, professora de educação física da UBS de Consolação. As tarefas propostas e realizadas no GH tinham/tem como objetivo conhecer e ajudar homens moradores do território adstrito à UBS, no enfrentamento de problemas relacionados ao alcoolismo e/ou outras drogas. Porém, o GH não é exclusivo para usuários de álcool/outras drogas, mas acolhe também outros homens do território da UBS. O GH tinha/tem a finalidade de perceber as particularidades desses homens, auxiliá-los no cuidado com a própria saúde e desenvolver dinâmicas que os estimulassem melhorar a perspectiva de vida; sem falar diretamente sobre o assunto do vício, mas, de dimensões que envolvem todo o contexto de vida. Conhecer a estruturação, a organização e a implementação desse grupo desenvolvido na ESF foi importante uma vez que, a partir dessas experiências,

pode-se reforçar e repensar o uso da ferramenta de grupos nas ações de saúde (HORTA et al., 2009).

Os profissionais da UBS estão organizados em seis equipes ESF, para acolher aproximadamente 13.954 habitantes dos territórios de Consolação que abrange 30 microáreas, o que resulta na média de uma equipe ESF para cada 2.326 habitantes. Isso evidencia que a UBS está de acordo com a recomendação do Ministério da Saúde, que é uma equipe ESF para 3.000 habitantes em média. Todavia, as seis equipes atuam em uma única estrutura física - UBS de Consolação - o que está em desacordo com a portaria 648/06 do Ministério da Saúde, que recomenda no primeiro capítulo, uma UBS para até 12 mil habitantes (para UBS com saúde da família em grandes centros urbanos). O grupo de estágio no GH era composto por cinco alunos: dois acadêmicos de educação física, dois de medicina e uma acadêmica do curso de farmácia, todos matriculados na Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). O GH possuía três profissionais: uma docente de educação física e dois psicólogos, no qual um é voluntário.

Essa experiência com outras áreas do conhecimento é significativa para nossa formação profissional, pois:

A ação interdisciplinar permite uma visão mais global e integrada da realidade, do todo social que incide sobre o processo saúde-doença, favorecendo o entendimento de relações pessoais, sociais, subjetivas e emocionais, que permeiam o cotidiano do paciente e de seus familiares (NOGUEIRA, 1998, p. 45).

Em média, 13 usuários do serviço de saúde frequentavam o GH. Desses, 12 participavam desde o momento inicial de nosso estágio, o que mostra uma adesão bastante significativa. A faixa etária desses homens é bem diversificada, sendo predominante a participação de homens com mais de 45 anos de idade; dois participantes são jovens na faixa etária de 20-28 anos. Entre eles há aposentados, desempregados, afastados do serviço por invalidez e trabalhadores autônomos. Os encontros semanais eram coordenados pela professora Analice e pelos psicólogos - Kaylla Maria Castro Tavares, que à época exercia atividade de psicólogo clínico na condição de servidora pública do município de Vitória; e professor Luiz Gustavo Silva Souza, Doutor em Psicologia pela UFES -, que também contavam com apoio de estagiários ou profissionais convidados. Em todo esse processo, foram realizados diálogos, dinâmicas, palestras e visita ao território adstrito a fim de embasar críticas e possibilidades acerca de assuntos que contemplam o cotidiano desse público, mas não de maneira incisiva sobre o problema das drogas por eles enfrentado. Todos os usuários que integravam o GH eram (e são) estimulados a participarem das atividades, ações essas

observadas em todos respondendo questões indutoras das dinâmicas, comentando, perguntando, ouvindo, sentando em círculo, sentando ao redor da mesa, desenhando, escrevendo, opinando e brincando.

As reuniões do GH duravam, em média, uma hora. Antes do início das atividades era servido café da manhã, a fim de ensinar os participantes a importância de se alimentar nesse horário. Também, nesse momento, a professora Analice, juntamente com a acadêmica de farmácia e os estagiários de medicina aferiam a pressão arterial e taxa glicêmica dos homens, e registravam os dados. Após o término das atividades, participávamos de reuniões com os coordenadores do projeto e outros estagiários, onde eram discutidas as ações desenvolvidas e planejamentos, além de realizarmos visita a uma microárea do território adstrito à UBS e fazermos diários de campo. Em uma dessas reuniões, o psicólogo voluntário Luiz Gustavo Silva Souza, professor colaborador do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFES, nos disse que o GH iniciou no final do mês de janeiro de 2012, a partir de uma perspectiva de trabalhar com homens com problemas de alcoolismo ou outras drogas. Ou seja, o GH vai de encontro aos discursos sanitaristas, proibicionistas, moralistas que reiteram o mito de uma sociedade sem drogas, o que sustenta, por exemplo, campanhas que alegam que não devemos nelas pensar (VASCONCELOS; SEFFNER, 2011).

Em nossa primeira semana com o GH, a professora Analice e o psicólogo Luiz conduziram uma dinâmica composta por perguntas direcionadas ao grupo, em que de acordo com a resposta “sim” ou “não” as pessoas deveriam ficar em um lado da sala, de forma que os homens que responderam “sim” ficaram no lado oposto em relação aos que responderam “não”. O objetivo da atividade foi discutir saúde através de dinâmica, a fim de tornar o processo de aprendizagem “menos formal”.

Com o transcorrer da atividade vários subgrupos foram formados. Os participantes interagiram ao dialogarem e responderem às problematizações. Referente à questão de como é a convivência com seu(s) filho(s), um participante disse que seu filho só lhe dava desgosto. Disse que a cada seis meses que seu filho ficava “solto” (em liberdade/fora da prisão), permanecia dois anos “preso” (pena de reclusão por crime cometido). Ainda sobre essa questão, outra pessoa do grupo disse que desejava ter mais contato com seu filho, que mora distante. Teve também outro participante que demonstrou satisfação de ter criado seus filhos no “morro”, e de hoje em dia todos já estarem “criados” e casados. Constatamos a intensa relação entre a violência presente no território e sua influência no âmbito familiar. Ao mesmo tempo em que alguns homens se orgulhavam de terem criado os filhos nesse território (cresceram, adquiriram profissão e constituíram família), por outro lado, alguns se

emocionavam ao falar da difícil relação com os filhos que cometiam atos ilegais e eram constantemente presos.

No que tange ao questionamento se a pessoa do GH era casada ou se tinha companheira, observamos que houve pessoas que responderam “não” para essa pergunta, embora tivessem respondido que possuem filhos em outra questão. Ainda nessa pergunta houve o relato de um dos homens que disse ter separado de sua ex-companheira por problemas de alcoolismo. Sobre essa questão de drogas relacionada com o contexto familiar, Vasconcelos e Seffner (2011) transcreveram a fala de uma pessoa que frequentou um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) para Álcool e outras Drogas (AD) de Aracaju-SE: “Sabe qual é o problema? [...] da sociedade que não nos dá uma oportunidade, da família que nos abandonou”. Esse é o sentimento que alguns participantes do GH expressavam. Por isso projetos como o GH são importantes para esse público, pois ao participarem das atividades que envolvem todo contexto de vida, os homens se sentem acolhidos e possuem possibilidade de melhorar a perspectiva de vida.

No questionamento se a pessoa fazia atividade(s) física(s), observamos que a maioria dos participantes do grupo desconsiderava ser atividade(s) física(s) as atividades laborais e as atividades do cotidiano. A fala dos participantes sinalizou que alguns utilizam/utilizavam o corpo como instrumento de trabalho, muitas vezes de maneira deletéria. Os sintomas de dores foram relatados como causas limitantes para a realização de atividade física, bem como a questão relacionada ao tempo. Os relatos dos participantes revelaram também a indisposição e a preguiça como limitação para se exercitarem. Isso pode ser resultado da ausência de alimentação equilibrada e suficiente, para a manutenção da homeostase energética. Alguns homens falaram que gostam de caminhar, o que chamou nossa atenção, pois pensávamos partir do que eles conhecem e relatam gostar, para então, possibilitarmos a vivência de outras práticas corporais.

Na segunda semana, as atividades com o GH foram coordenadas pela médica homeopata Henriqueta Tereza do Sacramento da SEMUS de Vitória, que prestou auxílio voluntariamente no projeto “Horta”. O objetivo foi criar mais uma possibilidade de atividades, tendo em vista o aprendizado sobre métodos de cuidado com a horta, uso medicinal das plantas, cultivo e utilização das plantas pelos próprios homens em tratamento e alimentação.

As atividades basearam-se, a princípio, em relatos do próprio grupo acerca de qual(ais) planta(s) mais marcou(aram) a fase da infância. Muitos participantes disseram que viveram essa fase da vida na zona rural e relataram ter trabalhado com plantação desde cedo.

Muitos, devido esse fato, tiveram dificuldades em concluir os estudos. Posteriormente, foi proposto que citassem algumas plantas medicinais e sua utilidade. Nesse momento foram citadas algumas, como: pimenta, alho, erva cidreira, mastruz, boldo, erva de passarinho, capim santo, babosa, dentre outras. Foi muito gratificante ouvir os homens do grupo ao falarem sobre sua infância e experiências com plantas, interessados em compartilhar com os colegas do grupo e profissionais de saúde o conhecimento que adquiriram ao longo da vida.

Em relação à baixa escolaridade referida pelos homens, vale destacar os dados da análise situacional do território adstrito à UBS, dos quais mostraram que enquanto em 2010 o percentual de analfabetos com idade maior a 15 anos na capital correspondia a 4,7%, na região de Gurigica esse percentual era igual a 14,5% e em São Benedito equivalia a 8,0%. Quanto ao percentual de responsável por domicílio com menos de quatro anos de estudo, enquanto em Vitória correspondia a 14,7%, o bairro São Benedito possuía 49,2% e a região de Gurigica apresentava 33,6% de responsável por domicílio com menos de quatro anos de estudo (SEMUS; PMV, 2011). As consequências do baixo nível de estudo refletem em diversas áreas da vida humana, como na questão salarial da pessoa, que por não possuir formação acadêmico-científica encontra dificuldades em conseguir vagas de emprego no contexto do mundo capitalista, e quando consegue o salário não é o desejado, mas é a única possibilidade que há. Tal fato interfere na renda familiar, que infelizmente nessas circunstâncias as pessoas sobrevivem com dificuldades e sem opções para fazerem escolhas.

Ao fim desse encontro, os homens foram para a parte de trás da UBS a fim de conhecerem o espaço destinado para a construção da horta. Eles, empolgados com essa possibilidade, já marcaram de nos dias seguintes irem ao local para limpar e capinar o terreno. Observamos que esses homens se sentiram bem em ressocializarem juntos na preparação da horta. Isso tem sua importância se considerarmos que o consumo de bebidas alcoólicas ocorre, em sua maioria, de forma coletiva (PEREIRA; OTT, 2012). Com o projeto “Horta” foi possível ampliar essa coletividade para além do alcoolismo e incluir noções de cuidado, de perseverança, de compromisso, de cooperação, condições importantes não só para o preparo da horta, mas para a vida. Esse tema da horta abriu um leque de possibilidades para abordar outras questões como: alimentação, nutrição, obesidade e outras doenças relacionadas à alimentação desequilibrada.

Nesse encontro da segunda semana, um homem, em especial, identificado pelo nome de João, com aparência de 60 anos de idade, nos deteve maior atenção. Levantamentos feitos por ACS apontaram que João morava embaixo de uma escada na casa de uma parenta, em condições precárias, e que o único documento que ele possuía era a certidão de

nascimento. Ele ficou em processo de desintoxicação durante 15 dias devido o alcoolismo (foi encaminhado pela UBS), porém ao final desse processo teve uma “regressão”. Nesse dia ele participou do GH, porém estava em condições precárias de higiene devido o contexto em que vivia. Sensibilizada com a situação, a professora Analice sugeriu aos dois estagiários do sexo masculino o ajudar a tomar banho na UBS. Assim fizeram e a professora conseguiu toalha, sabonete, xampu e dois conjuntos de roupas usadas (em ótimas condições) por meio de um bazar realizado na UBS.

Vale ressaltar o olhar crítico que Analice teve acerca desse homem, ao perceber que após o encontro uma simples higiene, que para muitos faz parte do cotidiano, para ele faria muita diferença devida as condições em que se encontrava, e tal atitude reflete não só em sua vida, mas também na dos profissionais envolvidos.

No encontro da terceira semana, preparamos, juntamente com os estagiários de medicina, o café da manhã do GH. Essa refeição matinal possuía uma significação especial para esses homens, pois fazia com que eles se sentissem bem acolhidos, além de incentivá-los a se alimentarem, pois muitos deles no início do dia faziam ingestão de bebida alcoólica e deixavam de alimentar. Ou seja, esse café da manhã possibilitou desenvolver nos participantes do GH o hábito de se alimentar pela manhã. Após o desjejum, a professora Analice conduziu uma dinâmica de representação simbólica de algo ligado ao lazer, onde todos se sentaram ao redor da mesa. A pergunta central deste encontro foi: o que faço no lazer para melhorar minha saúde?

Nessa dinâmica que relacionou o lazer com a saúde, surgiram afirmações que também retrataram o contexto social e história das pessoas, tais como: um homem teve dificuldades de representar no papel uma situação de lazer que se sentiu bem e afirmou que “nunca se divertiu”. Essa fala demonstrou como é difícil a vida desses moradores do território de Consolação. Destacamos que o lazer possui capacidade de contribuir no desenvolvimento individual e social, e é assegurado como direito social expresso no capítulo II, artigo 6º, da CF do Brasil (1988): “São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer,...” (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 64, de 2010; CF, 1988).

Outro homem desenhou uma planta e afirmou que começou a trabalhar na lavoura, para obter seu sustento, desde a infância. Ele disse que tinha prazer em ver as plantas ostentadas nas casas de seus clientes. Outro participante afirmou que “era mais feliz quando podia trabalhar”. Enfim, observamos, de modo geral, que esses homens entendiam que o trabalho era divertido, o que constituía para eles em lazer, ao demonstrarem o sentimento de prazer atrelado às atividades laborativas. Contudo, embora seja possível sentir-se bem e obter

prazer na ocupação profissional, vale a pena destacarmos que o lazer está relacionado à atividade não obrigatória, de busca pessoal pelo prazer no tempo livre (GUTIERREZ, 2001).

No decorrer da dinâmica, outros homens relacionaram o lazer com bebida alcoólica. Um disse que se sentia bem no bar, pois lá fazia amizades. Outro participante desenhou uma piscina e praia, pois se lembrou de um dia que ele passou com um amigo na praia e consumiu cerveja. Em um estudo realizado por Pereira e Ott (2012), também foi identificado que o consumo das bebidas alcoólicas está associado ao divertimento e ocorre, em sua maioria, de forma coletiva.

Sobre essa questão na qual surgiu o assunto do alcoolismo, notamos que a professora Analice e psicólogos atentaram para não negarem a possibilidade da associação entre lazer e bebida alcoólica. Por outro lado, os profissionais estimularam os homens a refletirem sobre o uso abusivo do álcool e possíveis consequências adversas.

Em relação ao uso de bebidas alcoólicas, num levantamento realizado em 2007 em um CAPS AD de Aracaju, dos 187 usuários/as inseridos/as, 150 (80,22%) tinham como principal droga utilizada o álcool (VASCONCELOS; SEFFNER, 2011). Assim como nesse CAPS AD, observamos que o álcool era o principal tipo de droga que fazia parte do cotidiano dos participantes do GH. Eis um paradoxo da sociedade consumista: algumas pessoas não possuem acesso ao lazer, mas tem ao álcool. Ressaltamos o Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD), desenvolvido pelo Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas do Álcool e outras Drogas da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), referente ao ano de 2012, o qual aponta que 48% da população brasileira de idade maior ou igual a 14 anos consome bebidas alcoólicas. Desses, 32% bebem moderadamente e 16% consomem quantidades nocivas de álcool (UNIFESP, II LENAD, 2013).

Um homem disse que desenhou um ônibus, pois ele se lembrou da época que era solteiro e que viajava muito para conhecer outros lugares. Disse também que, atualmente, o fato de ser casado e possuir filhos o impede de viajar. No que tange ao “impedimento” de viajar relatado por esse homem, Vasconcelos e Seffner (2011) pronunciaram que para as pessoas desse tempo de capitalismo financeiro anunciam-se novas liberdades, todavia, quanto mais pobres, mais agarrados a um território. Sem dinheiro para viajar, seja de carro, de avião ou de internet, sem dinheiro para sair de casa, mais confinados, mais presos a fronteiras.

Um senhor proferiu ser feliz, pois conheceu Deus que o “libertou” e tirou-o da “lama”. Ele disse que bebia, mas atualmente está “liberto” e que faz o que “Deus manda”. Ele relacionou a religião com a saúde quando afirmou que se sente melhor atualmente. Outro

homem conhecido dele declarou que esse senhor “os abandonou”, ou seja, parou de frequentar bares e beber com os colegas. Neste sentido depreendemos que a noção de etiologia ultrapassa o campo estrito da biomedicina no espaço e no tempo e atinge também o universo de considerações antropológicas e metafísicas (MINAYO, 1988).

Nesse contexto, percebemos que a maioria dos integrantes do GH possuem poucas oportunidades para experimentar o lazer. Todavia, apresentaram entusiasmo ao recordar de bons momentos. A ausência do lazer é reflexo da situação da maioria desses homens, em que no cotidiano, o presente está mais marcado pelo passado do que pelo futuro, devido os impasses da vida, a situações de opressão e da injustiça (STOTZ; ARAUJO, 2004). De fato, notamos nos discursos dos participantes do grupo, certo saudosismo, com pouquíssima esperança de vida no que se refere ao presente, e quem dirá planos para o futuro.

Bryan e Talita, acadêmicos de medicina da UFES, foram os responsáveis pelo desenvolvimento das atividades da quarta semana. Eles conduziram uma dinâmica cujo tema foi hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM). Essa dinâmica foi composta por perguntas em que de acordo com a resposta “sim” ou “não”, as pessoas deveriam ficar em um lado da sala, de forma que os homens que responderam “sim” ficaram no lado oposto em relação aos que responderam “não”.

Os estagiários objetivaram informar e reforçar conceitos e procedimentos coerentes sobre as problemáticas envolvidas na HAS e DM, de maneira menos formal possível, a fim de possibilitar a compreensão por parte do grupo. Observamos de modo geral, que os indivíduos ficavam indecisos ao responderem as perguntas. Essa dinâmica abrangeu a realidade do GH, pois alguns participantes apresentavam PA e glicemia elevadas no momento em que a professora Analice e acadêmicos de farmácia e medicina aferiam tais variáveis. Vale lembrar que vários estudos demonstram que a DM é uma epidemia e que, metade dos indivíduos portadores desconhecem seu diagnóstico e cerca de 25% dos diabéticos não fazem nenhum tipo de tratamento. Tal fato denota a relevância desse assunto, juntamente com hipertensão arterial, ser abordado (CARDOSO et al., 2007). Além de que, a maioria dos homens do grupo faz uso de alguma droga que pode ocasionar acentuado efeito danoso ao organismo, se usada juntamente com substâncias medicamentosas.

No mesmo dia fomos visitar dois homens que estavam ausentes do GH. Sendo assim, juntamente com uma ACS, seguimos em um veículo com motorista da PMV responsável por levar esses profissionais para as visitas no território de Consolação.

Após chegarmos à microárea 17 desse território, seguimos a pé pelas escadarias à procura do local de moradia do primeiro homem que seria visitado (João). Porém ele não

estava na casa de sua parenta (lugar em que ele reside). O encontramos sentado ao final de uma escadaria onde observava alguns porcos que são criados no local. Percebemos naquela região condições precárias, com muito lixo e esgoto a céu aberto, além de nos depararmos com uma sensação de medo e insegurança devido a violência existente naquela área.

Em relação à situação que presenciamos na microárea 17, com muito lixo e esgoto a céu aberto, realçamos que apenas 6,3% dos domicílios do bairro que abrange essa microárea (São Benedito) possuem serviço de esgoto adequado, o que evidencia um contraste em relação ao percentual da cidade de Vitória, que corresponde a 89,8% de domicílios com serviço de esgoto adequado. Todavia, não muito longe de São Benedito, o bairro Horto possui 100% de domicílios com serviço de esgoto adequado. Os dois bairros que apresentam os menores valores de IQU do território de Consolação (São Benedito e Gurigica) possuem, respectivamente, 10,3% e 9,5% de domicílios sem banheiro, sendo que o percentual em Vitória é 3,3% para essa mesma variável. Em referência ao lixo, São Benedito está melhor do que esgoto adequado, com 100% de domicílios com coleta de lixo adequado, índice que se aproxima ao da capital, que é 99,6% (SEMUS; PMV, 2011). Contudo, nessa visita, encontramos locais com bastante lixo a céu aberto.

Quando o encontramos, João estava sóbrio, conversou muito bem conosco, estava com o cabelo e barba feita, apresentou-nos uma aparência melhor daquela quando o vimos pela primeira vez (na segunda semana), ocasião em que os estagiários o auxiliaram a tomar banho na UBS. Ao final da conversa João nos prometeu que iria comparecer no próximo encontro do GH. Todavia, ele não cumpriu a promessa e não esteve presente nos encontros seguintes, ou seja, ele não compareceu até o dia em que encerramos nossa participação no GH.

Depois fomos visitar, na mesma microárea 17, Abraão, o segundo homem que também parou de frequentar o GH. Ao chegarmos à residência dele, encontramos sua mãe com seu esposo, bem debilitado, após ser acometido por oito Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC). Conversamos com eles, porém não encontramos Abraão. Em relação a situação desse senhor que sofreu AVC, é importante frisar que as doenças cardiovasculares foram incluídas como principais causas de mortalidade no território de Consolação no ano de 2010, o que representa 24,6% do total de 57 mortes (SEMUS; PMV, 2011). Esses dados possuem relação com o GH, pois havia participantes que apresentavam a pressão arterial elevada quando era realizada a aferição, antes das atividades coletivas.

Com essa visita à microárea 17 do território de Consolação, percebemos que é muito diferente vivenciar momentos com os moradores na estrutura física da UBS e

experimental a realidade do cotidiano nas proximidades das residências desses usuários de saúde. Notamos a distância que João e Abraão percorriam da localidade de suas moradias até a UBS, com acessos por escadarias íngremes, o que dificultava, sobretudo, a ida do senhor João, já que possui limitações de movimentos articulares nos membros inferiores. Observamos também que, a sensação de medo devido a violência contribuía para que esses moradores desistissem de ir à UBS. Esse é o caso do senhor Abel, que encontramos em uma região da microárea 17, no dia que fizemos a visita territorial. Ao ser indagado do porquê de não ter comparecido no GH naquele dia, Abel nos falou que a região onde mora estava muito perigosa devido conflitos entre grupos criminosos, o que o motivou a faltar o encontro da nossa quarta semana com o GH.

Essa visita, que realizamos à microárea 17 desse território, nos fez refletir sobre uma obra do neurologista britânico Oliver Wolf Sacks (1995), onde relatou que um paciente viveu por quase 50 anos cego. Após procedimentos cirúrgicos, ele viu, mas o que viu não tinha qualquer coerência. Sua retina e nervo óptico estavam ativos, transmitiam impulsos, mas seu cérebro não conseguia lhe dar sentido. De maneira semelhante, embora convivemos com os participantes do GH na UBS, apesar de que tivemos acesso a dados demográficos e socioeconômicos desse território, até o dia da visita não tínhamos enxergado a realidade em que esses homens vivem. Nesse sentido, compartilhamos que:

Não se vê, sente ou percebe em isolamento – a percepção está sempre ligada ao comportamento e ao movimento, à busca e à exploração do mundo. Ver não é suficiente; é preciso olhar também (SACKS, 1995, p. 132).

Diante da observação da situação do território, deduzimos ser um bom caminho a promoção de estratégias de aproximação com a realidade das comunidades por parte do poder público, bem como a população se mostrar interessada em participar das estratégias de saúde de onde moram, a fim de possibilitar construção de projetos de saúde mais eficazes. Isso porque as ações de saúde devem ser guiadas pelas especificidades dos contextos dos territórios, o que provavelmente garante maior aproximação com a produção social dos problemas de saúde coletiva nos lugares onde as pessoas vivem (MONKEN; BARCELLOS, 2007).

No encontro da quinta semana, encontrávamos mais sensibilizados com o contexto social dos moradores do território de Consolação. Nesse sentido, trabalhamos uma dinâmica de grupo, cujo tema foi autoestima. Renata iniciou a atividade com um rolo de barbante na mão, falou uma qualidade sua e explicou o motivo daquela sua característica. Em seguida, ela escolheu uma pessoa do grupo na qual deveria dizer uma qualidade daquela

pessoa e jogou o rolo de barbante para essa pessoa escolhida (e segurou uma ponta do barbante com a mão) que deveria fazer o mesmo: falar uma qualidade sua e depois de um dos companheiros presentes no grupo, e passar o rolo de barbante para a pessoa escolhida.

Ao final da referida atividade, solicitamos que cada participante voltasse o rolo de barbante e que cada um citasse a qualidade que recebeu. Constatamos que alguns se esqueceram do que o colega disse, o que reforça a ideia de que comumente temos enfoque, primordialmente, em nossos defeitos e nos dos outros. Raramente paramos para perceber nossas qualidades e potenciais e, na maioria das vezes, tendemos a perceber as falhas nas pessoas em geral. Verificamos que essa atividade foi desenvolvida de forma bem espontânea e que todos do grupo participaram efetivamente.

Trabalhar a autoestima e estimular os indivíduos a se entrosarem foi importante, pois possibilitou o desenvolvimento de relacionamento social que, segundo Ferreira e Cordón (2002), favorece o engajamento participativo nas ações de saúde. Propicia, por exemplo, abordar questões relacionadas ao conselho municipal de saúde; auxilia mostrar que por meio do conselho de saúde, os moradores podem pressionar o gestor municipal a fim de melhorar as condições de saúde. Um exemplo é os moradores reivindicarem à gestão municipal a construção de outra UBS no território de Consolação, já que a Portaria 648 de 2006 do Ministério da Saúde recomenda que uma UBS abranja no máximo 12.000 habitantes, além de que essa está com estrutura física precária, com espaço insuficiente para o número de profissionais e usuários que a acessam diariamente. Outra relevância da dinâmica para o referido grupo baseia-se na observação dos profissionais que atuam e interagem com eles, que afirmaram que ainda há ausência de falas do próprio grupo sobre as qualidades de si e do outro.

Nessa dinâmica sobre autoestima, os homens também citaram o trabalho como característica boa da vida, o que ratifica nossa percepção de que muitos participantes apresentaram entusiasmo ao falar de questões laborais. Esse tema, trabalho/fonte de renda, foi abordado no encontro de nossa sétima semana com o GH, visto que não houve encontro na sexta semana, pois o dia 07/06/2012 foi feriado de Corpus Christi, conforme o calendário nacional. Nessa sétima semana, o GH contou com a presença de, além dos profissionais de saúde, três profissionais que trabalham na Secretaria de Trabalho e Geração de Renda (SETGER) da PMV, e um ex-aluno de um curso de qualificação profissional promovido por essa secretaria.

Inicialmente a professora Analice fez as últimas considerações sobre um passeio, que foi programado para o dia 21/06/2012, a uma fazenda em Aracruz, que pertence a um

parente de um participante do grupo. Essa visita a uma fazenda também possui significação especial para o GH, mediante a constatação de que o lazer é quase inexistente para esses homens. O passeio, além de proporcionar momentos recreativos, pode colaborar na reflexão sobre o meio ambiente e seus recursos naturais, que por sua vez, possuem relação com bem-estar e qualidade de vida. Após esse momento se iniciou propriamente as atividades.

Os profissionais da SETGER falaram sobre essa secretaria e suas principais ações. Em seguida coordenaram atividades em grupo, em que foi solicitado, entre outros assuntos, informações a fim de saber em que os participantes do GH trabalhavam ou se não trabalhavam, e o que entendiam como significado de trabalho. Observamos que as perspectivas que foram citadas pelo grupo sobre trabalho foram: necessidade, fonte de renda, algo que dignifica o homem, ocupação do tempo, honra, importante para sobrevivência, realização pessoal, satisfação e caminho para a aposentadoria. Os homens também falaram sobre a importância de trabalhar no que gosta e as questões que interferem negativamente naqueles que não fazem o que gostam.

Essa atividade colabora para promoção da saúde, pois se ressalta a necessidade de cooperação entre a saúde e as demais políticas governamentais (educação, saneamento, desenvolvimento social etc.), no sentido de uma atuação intersetorial, que é essencial, já que as soluções dos problemas de saúde transitam por diferentes áreas. A abordagem de aspectos relacionados ao trabalho colaborou para ampliar possibilidades e estimular os homens do grupo a conhecerem as diferentes formas e objetivos do trabalho. Isso também contribui na melhora da saúde, tendo em vista que o processo saúde-doença está relacionado a fenômenos complexos que incluem fatores biológicos, psicológicos, sociais, culturais, econômicos e ambientais (NOGUEIRA, 1998).

No final desse encontro, tivemos o relato de vida de um ex-aluno de um curso de qualificação profissional promovido pela SETGER. Ele afirmou que trabalhava na Petrobrás e que perdeu tudo, inclusive o emprego e a família, devido o uso abusivo de álcool, cigarro e outras drogas. Após anos de muitas dificuldades, ele, com vontade de mudar sua vida, procurou a SETGER, onde os profissionais lhe ofereceram a oportunidade de fazer um curso profissionalizante, no qual foi escolhido o de padeiro industrial; e também a chance de voltar a estudar, visto que ele havia parado na quarta série do ensino fundamental. Atualmente ele está no ensino médio, faz cursos de inglês e de solda, e vende pães. Esse ex-aluno do curso de padeiro industrial demonstrou grande satisfação e realização na sua vida, após as dificuldades passadas. Esses prejuízos nos aspectos sociais e econômicos, causados pelo consumo de bebidas alcoólicas, também são apontados por Pereira e Ott (2012), ao analisarem as

concepções de uma comunidade indígena. Tais prejuízos foram citados por brasileiros com 14 anos ou mais de idade, pesquisados no II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas, realizado em 2012: 8% admitiram que o uso de álcool já teve efeito prejudicial no seu trabalho; 4,9% relataram que já perderam o emprego devido ao consumo de álcool; 9% admitiram que o uso de álcool já teve efeito prejudicial na sua família ou relacionamento (UNIFESP, II LENAD, 2013).

Apesar de os funcionários convidados da SETGER terem realizado dinâmica e terem descrito os principais serviços da referida secretaria (serviço nacional de emprego, emissão de carteira de trabalho, empreendedor individual, qualificação profissional e acesso ao crédito), verificamos que os participantes do GH se interessaram mais quando o ex-aluno de um curso de qualificação profissional promovido pela SETGER teve oportunidade para falar, pois souou como um relato passado em uma linguagem que se aproxima do cotidiano deles.

Assim como essa experiência do GH, há outros relatos de atuação com a perspectiva de educação popular em saúde no Brasil. Em Recife, capital pernambucana, a gestão municipal construiu a proposta de educação popular em saúde onde são discutidas questões sociais de forma ampla e não apenas relacionadas à doença. As equipes trabalham com técnicas corporais, como alongamento, relaxamento, exercícios leves e técnicas de estímulo à participação. Trabalham, dessa forma, a saúde de uma forma mais ampla (ALBUQUERQUE; STOTZ, 2004). No município de Campinas, no Estado de São Paulo, a experiência com grupo de educação em saúde, HiperDia (Hipertensos e Diabéticos), evidenciou a relevância do deslocamento de um enfoque unidimensional a outro, multidimensional. Nesse sentido, reconheceu-se o papel da história de vida dos sujeitos, suas maneiras de cuidar de si, do outro e do entorno social, suas redes de relações sociais, seus saberes e experiências na vivência do processo saúde-doença-cuidado (MELO et al., 2011). De igual modo, observamos que ao considerar o contexto de vida dos usuários, além dos problemas específicos de alcoolismo e outras drogas que eles vivenciam, os profissionais do GH atuavam/atuam nessa perspectiva de educação popular em saúde.

Todavia, Fernandes e Siqueira (2010) verificaram que na contramão desse entendimento sobre educação popular em saúde, a noção de educação como estrutura formal, vinculada a ações específicas, em que educação e saúde são vistas de forma estanque, caracteriza os discursos oficiais em um município no Estado de Santa Catarina (SC). O que denota que apesar do grande desenvolvimento e de uma reorientação crescente no campo das

reflexões teóricas e metodológicas da educação em saúde, o mesmo não vem ocorrendo na prática dos serviços (SILVA et al., 2010).

Assim como na experiência de Campinas que trabalhou com temáticas diversas e de interesse do grupo HiperDia, sem necessariamente focar a doença, mas sem negligenciar as questões relacionadas ao tratamento da HAS e DM, questões estas que emergiram nas discussões, mas sem assumir um papel central, o que desviou as práticas educativas desenvolvidas do enfoque exclusivamente biopatológico para abarcar dimensões da vida cotidiana dos sujeitos sociais, no GH foram realizadas discussões, dinâmicas, palestras e passeio, a fim de embasar críticas acerca de assuntos que contemplam o cotidiano desse público, sem focar exclusivamente os problemas de alcoolismo ou outras drogas por eles enfrentados. Porém, conforme Melo et al. (2011) afirmaram os protocolos, padrões, prescrições e manuais não devem ser negligenciados. Nesse sentido, como citamos anteriormente, os acadêmicos de medicina abordaram o tema HAS e DM no GH.

A “quebra” da unidirecionalidade na experiência de Campinas e no GH, por meio das dinâmicas participativas, possibilitou a manifestação dos usuários. Com isso, em alguns encontros, os depoimentos, as explicações, as narrativas, as queixas, as alegrias, a exposição de detalhes da vida dos participantes provocaram sensações de estranhamento, surpresa, tristeza e alegrias em todos os presentes. No momento em que esses usuários tiveram a oportunidade de se colocarem como sujeitos detentores dos saberes que permeiam seu cotidiano, os profissionais tiveram acesso às informações sobre seus jeitos de viver (MELO et al., 2011).

As atividades educativas elencadas nesse estudo desenvolvido em Campinas aproximam-se dos esforços de vários profissionais e pesquisadores, no sentido de proporcionar um ambiente participativo, menos estruturado hierarquicamente e, por conseguinte, com relações de produção de cuidado menos prescritivas. Tais aproximações podem ser evidenciadas por meio de ações como: todos sentarem-se em círculo, todos responderem às perguntas das dinâmicas, todos compartilharem sobre aspectos gerais de suas vidas, todos participarem das atividades propostas, todos compartilharem seus saberes e práticas de cuidado (MELO et al., 2011). Ações também observadas no GH, em relação à participação de todos do grupo nas atividades desenvolvidas, o que se relaciona com a educação para a saúde, que enquanto processo educativo, não pode limitar-se a abordagens de diferentes temáticas com caráter informativo, mas deve coordenar um processo participativo que deve englobar todos os indivíduos, ao permiti-lhes interpretar o seu contexto de vida (ARAÚJO, 2004).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência com o GH revelou para nós que para promover saúde, no sentido integral de sua ideologia crítica, é imprescindível lançar um olhar crítico no contexto social de cada localidade, de cada comunidade.

O educador físico também necessita dessa visão (auto)crítica e integradora, porque o processo de desenvolvimento das práticas corporais na saúde coletiva depende de novos olhares, para os quais, a aproximação com as ciências sociais, sem desconsiderar a importância dos conhecimentos das ciências biológicas é fundamental (CARNEIRO, J. et al., 2011).

Os conhecimentos biológicos não devem ser ignorados, visto que, propor programas de exercícios físicos para pessoas que não tem o que se alimentar, por exemplo, é algo no mínimo desconexo, o que resulta em dupla violação de direitos, a saber: falta de alimentação e agressão física. Entretanto, é necessário também não reforçar apenas os aspectos biológicos das práticas corporais, a fim de não responsabilizar as pessoas pelo seu estado de saúde.

Uma questão importante a ressaltar diz respeito ao envolvimento de educadores físicos nesse contexto, como um elo importante para sustentar o conceito mais amplo sobre saúde. É intenção declarada, “reposicionar” as práticas corporais na saúde coletiva, para a construção de uma nova atuação da educação física, que fuja do modelo prescritivo e hospitalocêntrico (CARNEIRO, J. et al., 2011; WARSCHAUER; D’URSO, 2009). Sobre tudo se considerarmos que, no campo da educação física brasileira, o que tem prevalecido é a abordagem conservadora em relação à preconização da atividade física, com raízes fortemente fincadas no modelo biomédico (FERREIRA; CASTIEL; CARDOSO, 2011).

Perspectivas conservadoras possuem raízes fortes e presença hegemônica na maioria dos cursos de graduação em educação física, centradas predominantemente num viés biológico (PALMA, 2001; XAVIER; ESPÍRITO-SANTO, 2011). Destacamos que, embora na literatura científica alguns autores advoguem benefícios orgânicos que determinadas exercitações físicas possibilitam, a educação física relacionada aos serviços públicos de saúde ainda é principiante e pouco explorada. O professor de educação física precisa estar preparado para atuar nessa nova área. É nesse clima de novidades que se deu o estágio em educação física e saúde, fato que ratifica a informação de que atualmente há esforços em alguns cursos

de graduação em educação física, no Brasil, para ampliar o olhar sobre a saúde (XAVIER; ESPÍRITO-SANTO, 2011).

Estudo realizado em Belo Horizonte, nos anos de 2008 e 2009, demonstrou forte associação entre as práticas educativas em saúde e as práticas corporais, demandando a inserção de professores de educação física nesse campo (CARNEIRO et al., 2012). Todavia, Almeida e Jesus (2011) apontaram que a participação do educador físico nos núcleo de apoio à saúde da família ainda é baixa. Como exemplo, foi verificado que os municípios, no estado do Rio de Janeiro, optaram mais pelo profissional da Nutrição e Fisioterapia.

De forma semelhante, os profissionais da UBS de Consolação disseram que foi a primeira vez em que houve estagiários do curso de educação física incluídos na UBS, através da parceria realizada a partir de 2011 entre UFES e SEMUS/PMV. A participação do educador físico nos serviços de saúde pode colaborar no estabelecimento de vínculo entre equipe de saúde e moradores do território, pois práticas corporais têm maior facilidade em se tornarem lúdicas e prazerosas, o que pode facilitar essa aproximação (XAVIER; ESPÍRITO-SANTO, 2011).

Destacamos que práticas corporais constituem uma das ações específicas estabelecidas pela Política Nacional de Promoção da Saúde (2010), no âmbito da rede básica de saúde e na comunidade. As estratégias incluem mapear e apoiar as ações de práticas corporais existentes nos serviços de atenção básica e na ESF, e inserir naqueles em que não há ações; ofertar atividades como caminhadas, ginásticas, práticas lúdicas, esportivas e de lazer, na rede básica de saúde; entre outras ações.

A participação do educador físico na UBS, conforme relatado na literatura científica, e retratada em nossa experiência na UBS de Consolação, ainda é minoritária. Mediante a constatação de que o estímulo às práticas corporais no âmbito da ESF faz parte da Política Nacional de Promoção da Saúde, relatamos que a UBS de Consolação, como mencionamos, possui estrutura física precária e insuficiente para a demanda do território adstrito, sem espaço apropriado para a sua realização. Isso demonstra que há muito a fazer nessa área promissora.

Nossa experiência no GH possibilitou uma atuação diferente do modelo esportivo e do *fitness*. Ao mesmo tempo, os participantes do GH presenciaram futuros educadores físicos empenhados em atividades diferentes de “prescrições prontas”, envolvendo apenas esportes. Não se trata de ignorar os benefícios dessas práticas, mas, de ampliar a visão sobre a atuação do educador físico, ao incorporar perspectivas que também contemplam lazer, socialização, participação na elaboração e execução de projetos terapêuticos, articulação das

ações de promoção da saúde, sintonizados às demandas pré-existentes nos serviços públicos de saúde.

Com essa experiência, o GH tornou-se significativo em nossas formações. Aliás, ele é o motivo da realização deste trabalho. Embora alguns sujeitos não possuam conhecimentos técnico-científicos, eles usufruem de cultura e história que são imprescindíveis aos profissionais que mediam e interagem com eles. Reconhecer o saber cotidiano dos “sujeitos comuns” significa superar os preconceitos, respeitar e tentar entender a fala do outro, abandonar a ideia da incultura associada aos erros de linguagem e ao caráter não sistemático do pensamento como obstáculos do conhecimento (STOTZ; ARAUJO, 2004).

Os relatos dos homens no GH nos mostraram a influência do alcoolismo (ou outras drogas) sobre a vida deles. São pessoas que associaram o lazer com bebidas alcoólicas e com atividades laborais. Essas atividades, se não forem realizadas com precauções, podem prejudicar o bem-estar dessas pessoas e de suas famílias. Isso porque muitos homens usam o corpo como instrumento de trabalho e que, por fazerem algumas posições sem devidas precauções e sustentarem certas resistências (pesos), agredem o organismo, o que causa dores e desconfortos.

Da mesma forma, se exagerarem no uso de bebidas alcoólicas. Nesse caso, embora para esses homens possa ser divertido, para suas famílias pode ser a causa de problemas. Já que há relatos de algumas pessoas usarem dinheiro que seria destinado para outras finalidades, com o álcool; de se envolverem em brigas por estarem alcoolizados. Enfim, são situações que se relacionam fortemente com os participantes do GH.

Dessa forma, o GH tem um lugar especial na vida daquelas pessoas que vivem nesse contexto difícil. No GH essas pessoas possuíam/possuem chances de falarem, de dialogarem, de refletirem sobre questões que abrangem a vida de forma integral, o que pode contribuir na reflexão crítica de suas vidas. Além de transmitir informações aos homens, o GH se constituiu em um espaço para que o indivíduo se expresse. Nesse processo, percebemos que os participantes se sentem bem ao ter alguém atento às suas falas. Com isso, o vínculo entre profissionais e usuários se fortaleceu, o que reduziu a distância entre eles. Esse é um ponto considerável para a promoção da saúde.

Em relação ao contexto socioeconômico do território adstrito à UBS de Consolação, observamos a partir da convivência no GH, que o bem-estar ainda é um desafio grande, devido a pobreza e desigualdade vigentes, bem como aos *déficits* de cobertura e qualidade dos serviços públicos fundamentais (saúde, saneamento básico e educação) (STOTZ; ARAUJO, 2004).

Essa situação pode ser equiparada a uma barreira que dificulta a promoção da saúde da população, pois:

[...] a higiene pessoal, certamente, é utopia em casas que carecem de água encanada, bem como, é impossível explicar uma dieta saudável a pessoas que passam fome. [...] Desta forma, pensar em promoção da saúde na nossa realidade concreta é pensar em políticas públicas voltadas para a diminuição das iniquidades existentes na sociedade, em especial a brasileira, evidenciadas nas desigualdades em saúde, mas cujas raízes situam-se nas desigualdades de acesso ao conjunto de condições mínimas para a saúde (VERDI; CAPONI, 2005, p.86-87).

A fim de enfrentar e transformar o contexto de iniquidades que afeta a saúde e o bem-estar das pessoas, desejamos que o projeto GH continue e que seja implantado em outras UBS, e que não suceda o que ocorreu com o Programa Adolescente Cidadão. Esse programa surgiu como política pública implantada no município da Serra no ano de 2007. Durante sua execução, uma manchete do jornal A Gazeta, de 25-05-2008 divulgou: “percentual de gravidez na adolescência diminui na Serra”, o que dava a tônica do seu andamento. Um dos resultados do programa foi o encurtamento da distância entre o adolescente e o profissional de saúde, o que facilitou o adolescente encontrar o caminho do serviço prestado nas UBS de seu bairro. Contudo, em janeiro de 2009, com o início do mandato do novo gestor municipal, a sede do programa foi transformada em outro setor, seus funcionários efetivos e estagiários foram distribuídos para outros locais de trabalho e seus funcionários comissionados foram exonerados (BARCELOS; VASCONCELLOS; COHEN, 2011).

Apesar da nossa participação como estagiários engajados em promover as atividades, o grupo também nos ensinou. Nos fez mergulhar, sentir e entender uma realidade diferente do nosso cotidiano, que por essa divergência, é difícil de ser compreendida. Mostrou-nos a importância da aproximação com a comunidade, para que, realmente, conseguíssemos enxergar as perspectivas que envolvem a vida desses homens. Sensibilizamos-nos com muitas histórias, e essa experiência no GH foi especial para a nossa formação pessoal e profissional.

Nossa vivência com o GH foi enriquecedora, a cada encontro surgia algo novo. Por assim dizer, compartilhamos que cada encontro de cuidado é único e singular em suas características e que, por isso, exige abertura para a emergência da criatividade, da reflexão, do diálogo, da percepção do ritmo, da cor, do cheiro, das texturas de cada situação social.

A forma interdisciplinar de discussão das condições de vida dos integrantes do GH, certamente foi um processo enriquecedor, e nos sensibilizou para produzir novos olhares sobre o significado da promoção da saúde e de suas práticas.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Paulette Cavalcanti; STOTZ, Eduardo Navarro. A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu SP, v. 8, n. 15, p. 259-274, 2004.

ALMEIDA, Anlessa Cristine; JESUS, Selma Almeida. A participação do profissional da educação física no núcleo de apoio à saúde da família no estado do Rio de Janeiro. *Anais do XVII CONBRACE*, 2011.

ALVES, Gehysa Guimarães; AERTS, Denise. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro/RJ, v. 16, n. 1, p. 319-325, 2011.

ARAÚJO, Isabel Maria Batista. *Aprendem doença, educam para a saúde*. Dissertação (Mestrado em especialização em educação para a saúde). Universidade do Minho, 2004.

BAGRICHEVSKY, Marcos; ESTEVÃO, Adriana; PALMA, Alexandre. Saúde coletiva e educação física: aproximando campos, garimpando sentidos. In: *A saúde em debate na educação física*. V. 2. Blumenau: Nova Letra, p. 23-44, 2006.

BARCELOS, Mara Rejane Barroso; VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel; COHEN, Simone Cynamon. Extraíndo Lições de uma História Inconclusa: Política Pública para Adolescentes em Serra/ES. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, Fortaleza CE, v. 24, n. 1, p. 86-92, 2011.

BRASIL, Constituição Federal do Brasil, 1988. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em: 20.05.2012.

BRASIL, Lei 8.080, de 19.09.1990. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 1990. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 07.04.2013.

BRASIL, Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Ministro de Estado da Saúde, 2006.

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

BYDLOWSKI, Cynthia Rachid; WESTPHAL, Márcia Faria; PEREIRA, Isabel Maria Teixeira Bicudo. Promoção da Saúde. Porque sim e porque ainda não! *Saúde e Sociedade*, São Paulo SP, v. 13, n. 1, p. 14-24, 2004.

CARDOSO et al. Aspectos importantes na prescrição do exercício físico para o diabetes mellitus tipo 2. *Revista Brasileira de Prescrição e Fisiologia do Exercício*, São Paulo, v. 1, n. 6, p. 59-69, 2007.

CARNEIRO, Angélica Cotta Lobo Leite et al. Educação para a promoção da saúde no contexto da atenção primária. *Rev Panam Salud Publica*, Washington/EUA, v. 31, n. 2, p. 115-120, 2012.

CARNEIRO, Juliana Alves et al. A educação física na saúde pública: primeiros resultados de uma pesquisa ação. *VII CONGRESSO GOIANO DE CIÊNCIAS DO ESPORTE*, 2011.

CARTA DE OTTAWA PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE. 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Ottawa, Canadá, 17-21 novembro de 1986. Disponível em: <<http://www.ptacs.pt/Document/Carta%20de%20Otawa.pdf>>. Acesso em: 25.05.2012.

CARTA DOS POVOS PELA SAÚDE. Savar, Bangladesh, 2000. Disponível em: <<http://www.phmovement.org/files/phm-pch-portuguese.pdf>>. Acesso em: 26.05.2012.

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

CASTIEL, Luis David; VASCONCELLOS-SILVA, Paulo Roberto. A noção ‘estilo de vida’ em Promoção de Saúde: um exercício crítico de sensibilidade epistemológica. In: *A saúde em debate na educação física*. V. 2. Blumenau: Nova Letra, p. 69-90, 2006.

COHEN, Simone Cynamon et al. Habitação saudável como determinante social da saúde: experiências internacional e nacional. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, Fortaleza CE, v. 24, n. 2, p. 169-179, 2011.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil. 2008. Disponível em: <<http://www.cndss.fiocruz.br/pdf/home/relatorio.pdf>>. Acesso em: 24.04.2013.

CONSTITUIÇÃO DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Nova Iorque, EUA, 22 de Julho de 1946.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde, 1978.

FERNANDES, Wânia Ribeiro; SIQUEIRA, Vera Helena Ferraz. Educação em saúde da pessoa idosa em discursos e práticas: atividade física como sinônimo de saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu SP, v. 14, n. 33, p. 371-385, 2010.

FERREIRA, Marcos Santos; CASTIEL, Luis David; CARDOSO, Maria Helena Cabral de Almeida. Atividade física na perspectiva da Nova Promoção da Saúde: contradições de um programa institucional. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro/RJ, v. 16, n. 1, p. 865-872, 2011.

FERREIRA, Maria Amália Dorsch; CORDÓN, Jorge. Abordagem de comunidades nas práticas de saúde. Biblioteca do Pólo da Saúde da Família, Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, 2002. Disponível em: <<http://200.189.113.52:2080/Espp.nsf/56ee6668e5d6550203256e3700430a5b/730d46d4a631922c03256e66003b370c?OpenDocument>>. Acesso em: 26.08.2012.

FREIRE, Paulo. *Pedagogia da esperança*: um reencontro com a Pedagogia do oprimido. 3ª edição. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

FURTADO, Mariama; SZAPIRO, Ana. Promoção da Saúde e seu Alcance Biopolítico: o discurso sanitário da sociedade contemporânea. *Saúde e Sociedade*, São Paulo SP, v. 21, n. 4, p. 811-821, 2012.

GUTIERREZ, Gustavo Luis. 2001. *Lazer e prazer: questões metodológicas e alternativas políticas*. 1ª Edição. São Paulo: Edusp. 2002. “A contribuição da teoria da ação comunicativa para a pesquisa sobre o lazer”. In: BRUNHZ, H. (org.). *Lazer e ciências sociais*. Campinas, SP: Autores Associados.

HORTA, Natália de Cássia et al. A prática de grupos como ação de promoção da saúde na estratégia saúde da família. *Revista APS*, Juiz de Fora MG, v. 12, n. 3, p. 293-301, 2009.

IGLESIAS, Alexandra; DALBELLO-ARAUJO, Maristela. As concepções de promoção da saúde e suas Implicações. *Caderno Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 291-298, 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/pibmunicipios/2010/default_ods.shtm>. Acesso em: 26.12.2012.

MANUAL DAS PRÁTICAS ENSINO SERVIÇO EM SAÚDE NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA – ES. Vitória: PMV, 2009. Disponível em: <http://www.vitoria.es.gov.br/arquivos/20100222_manual_praticas.pdf>. Acesso em: 07.04.2013.

MELLO, Mônica de Souza Netto. *Contribuições e desafios para a formação universitária na área da saúde a partir de uma vivência extensionista interdisciplinar*. Dissertação (Mestrado em Ciências Humanas e Políticas Públicas). Universidade Federal de Santa Catarina, 2009.

MELO, Lucas Pereira et al. A experiência de estudantes de enfermagem em um grupo de educação em saúde: uma abordagem dialógica. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, Fortaleza CE, v. 24, n. 2, p. 180-188, 2011.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Saúde-doença: Uma concepção popular da Etiologia. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro/RJ, v. 4, n. 4, p. 363-381, 1988.

MONKEN, Maurício; BARCELLOS, Christovam. O território na Promoção e Vigilância em Saúde. In: Fonseca A, organizador. *O território e o processo saúde-doença*. Rio de Janeiro, EPSJV/FIOCRUZ, p. 177-190, 2007.

MORETTI, Andrezza C. et al. Práticas Corporais/Atividade Física e Políticas Públicas de Promoção da Saúde. *Saúde e Sociedade*, São Paulo SP, v. 18, n. 2, p. 346-354, 2009.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. A importância da equipe interdisciplinar no tratamento de qualidade na área da saúde. *Revista Katálysis*, Florianópolis SC, v. 3, p. 40-48, 1998.

OLIVEIRA, Dora Lúcia. A ‘nova’ saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto SP, v. 13, n. 3, p. 423-431, 2005.

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

PEREIRA, Priscilla Perez da Silva; OTT, Ari Miguel Teixeira. O processo de alcoolização entre os Tenharim das aldeias do rio Marmelos, AM, Brasil. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu SP, v. 16, n. 43, 2012.

POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE. Série Pactos pela Saúde 2006, vol. 7, Brasília - DF, Ministério da saúde, 3ª edição, 2010. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pactovolume7.pdf>>. Acesso em: 24.04.2013.

PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA - PMV. Disponível em: <<http://www.vitoria.es.gov.br>>. Acesso em: 18.06.2012.

SACKS, Oliver Wolf. Ver e não ver. In: *Um antropólogo em Marte: sete histórias paradoxais*, 4ª edição, São Paulo: Companhia das Letras, p. 123-164, 1995.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SEMUS. Disponível em: <<http://www.vitoria.es.gov.br/semus>>. Acesso em: 18.06.2012.

SILVA, Cristiane Maria da Costa et al. Educação em saúde: uma reflexão histórica de suas práticas. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro/RJ, v. 15, n. 5, p. 2539-2550, 2010.

STOTZ, Eduardo Navarro; ARAÚJO, José Wellington. Promoção da saúde e cultura política: a reconstrução do consenso. *Saúde e Sociedade*, São Paulo SP, v. 13, n. 2, p. 5-19, 2004.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO. II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas. O Consumo de Álcool no Brasil: Tendências entre 2006 e 2012. Disponível em: <http://inpad.org.br/wp-content/uploads/2013/03/LENAD_PressRelease_Alcohol_RVW.pdf>. Acesso em: 13.04.2013.

VASCONCELOS, Michele de Freitas Faria; SEFFNER, Fernando. Do que Vale para o que Pode: corpos de Quincas Berro Dágua. *Educação e Realidade*, Porto Alegre, v. 36, n. 3, p. 883-910, 2011.

VERDI, Marta; CAPONI, Sandra. Reflexões sobre a promoção da saúde numa perspectiva bioética. *Texto e Contexto Enfermagem*, Santa Catarina, v. 14, n. 1, p. 82-88, 2005.

VIII CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. Relatório final, 17-21 de março de 1986. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf>. Acesso em: 01.05.2013.

WARSCHAUER, Marcos; D'URSO, Lourdes. Ambiência e Formação de Grupo em Programas de Caminhada. *Saúde e Sociedade*, São Paulo SP, v. 18, n. 2, p. 104-107, 2009.

XAVIER, Patrícia; ESPÍRITO-SANTO, Giannina. O trabalho do profissional de educação física no nasf: um estudo de caso. *Anais do XVII CONBRACE*, 2011. Disponível em: <http://www.rbceonline.org.br/congressos/index.php/XVII_CONBRACE/2011/paper/viewFile/3609/1305>. Acesso em: 19.04.2012.