UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE EDUCAÇÃO FÍSICA E DESPORTOS – CEFD

JAYANNA DE REZENDE BACHETTI

LIMITES E POSSIBILIDADES DA EDUCAÇÃO FÍSICA NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE DE VITÓRIA - ES

VITÓRIA
2014

JAYANNA DE REZENDE BACHETTI

LIMITES E POSSIBILIDADES DA EDUCAÇÃO FÍSICA NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE DE VITÓRIA - ES

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação Física, do Centro de Educação Física e Desportos, da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Educação Física.

Orientador: Prof. Dr. Carlos Nazareno Ferreira Borges

VITÓRIA
2014

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)
(Biblioteca Central da Universidade Federal do Espírito Santo, ES, Brasil)

Bachetti, Jayanna de Rezende, 1987-
B122l Limites e possibilidades da educação física nas políticas públicas de saúde de Vitória–ES / Jayanna de Rezende Bachetti. – 2014.
152 f.

Orientador: Carlos Nazareno Ferreira Borges.
Dissertação (Mestrado em Educação Física) – Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Educação Física e Desportos.

1. Educação física. 2. Políticas públicas. 3. Saúde. I. Borges, Carlos Nazareno Ferreira. II. Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de Educação Física e Desportos. III. Título.

CDU: 796

JAYANNA DE REZENDE BACHETTI

LIMITES E POSSIBILIDADES DA EDUCAÇÃO FÍSICA NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE DE VITÓRIA - ES

Texto apresentado para o processo de qualificação da dissertação de mestrado ao Programa de Pós-Graduação em Educação Física do Centro de Educação Física e Desportos da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Educação Física.

.Aprovado em ___ de _____ de _____.

COMISSÃO EXAMINADORA

_____

Profº. Drº. Carlos Nazareno Ferreira Borges
Universidade Federal do Espírito Santo
Orientador

_____

Profº. Drº. Ivan Gomes
Universidade Federal do Espírito Santo

_____

Profº. Drº. Edivaldo Gois Junior
Universidade Estadual de Campinas

“Há um tempo em que é preciso abandonar as roupas usadas, que já tem a forma do nosso corpo, e esquecer os nossos caminhos, que nos levam sempre aos mesmos lugares. É o tempo da travessia: e, se não ousarmos fazê-la, teremos ficado, para sempre, à margem de nós mesmos.”

Fernando Pessoa

DEDICATÓRIA

A Deus, por ser Aquele que ao me dar a vida, me presenteou com muitas maravilhas estando ao meu lado em todos os momentos e me dando a força necessária para ultrapassar todos eles. Ao meu pai, minha mãe e meu irmão, pois sem eles eu seria como um passarinho sem ninho, sem ter asas para voar. Todo o meu esforço é para vocês e por vocês.

AGRADECIMENTOS

Embora seja um clichê, me faltam palavras para descrever o que sinto nesse momento. Sei que o fim dessa caminhada marca o início de outra e que nunca estarei só independente do caminho que eu escolha seguir.

São tantos aqueles que me apoiaram e que continuarão ao meu lado, que me permito não citar todos os nomes. E embora seja outro clichê, cada um está em um lugar reservado do meu coração. Uns, os mais importantes, estão desde o início da minha vida. À Minha mãe Ana Lúcia, ao meu pai Jadir e ao meu irmão André, “Muito Obrigada”. Sou eternamente grata por ter tido a dádiva de nascer nesse seio familiar, que sempre foi a minha base em toda minha caminhada. Minha mãe, minha eterna amiga, companheira, o amor da minha vida. Meu pai, meu herói, minha inspiração. E meu irmão, meu pequeno grande homem, para sempre o meu bebê. Amo vocês!

Agradeço também aos meus companheiros de República e a todos os agregados. Não somos uma República, constituímos uma família da qual muito me orgulho. Por mais que o tempo passe e que os passarinhos formem novos ninhos, os laços que criamos serão eternos.

Agradeço ainda a uma família muito especial que me acolheu como filha durante a maior parte dessa minha caminhada: Tia Carminha, Tio Chico, Mamagno, Dedé, e minhas gordinhas Mônica e Deinha, o meu muito obrigada.

Agradeço aos meus colegas de Mestrado, ao grupo da Saúde (“Affeeee!!!”), aos professores e aos funcionários em geral, neste caso, em especial à “grande Suzi” por todo apoio e toda ajuda oferecida. Agradeço aos meus amigos da faculdade que estão presentes em minha vida até hoje e que sempre me incentivaram: Gabriela, Lidiane, Jaqueline, Maciel e Roberta.

Agradeço a toda minha família, meus primos e primas, tios e tias. Agradeço ainda a todos aqueles que mesmo indiretamente, torceram por mim, me incentivaram e me apoiaram quando precisei. Agradeço também a aqueles que mesmo ausentes, sempre estiveram presentes em meus pensamentos.

E por fim, agradeço ao meu grande amigo, orientador e mestre: “Naza”. Sem você, hoje, eu poderia não ter chegado aqui. Você, como eu sempre digo, foi um anjo colocado em minha vida para me mostrar o quanto sou capaz.

A todos vocês, e ao meu grande e único Pastor, que nunca me deixou nada faltar e que com a graça da vida me proporcionou hoje ter chegado até aqui, “MUITO OBRIGADA”!

RESUMO

O objetivo da presente pesquisa é investigar os limites e as possibilidades das inserções da Educação Física no planejamento das políticas públicas de saúde da cidade de Vitória – ES como ação conjunta de promoção da saúde pública. Buscamos averiguar quais as iniciativas existentes propostas pela Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS), e quais as perspectivas de intersetorialidade das ações propostas, com outros setores da administração pública que utilizam as práticas corporais no âmbito da saúde. Trata-se de uma pesquisa documental, com abordagem qualitativa. Na fase inicial realizamos um levantamento bibliográfico, a fim de coletar informações que visavam à elaboração de um suporte teórico sobre a temática da pesquisa. Fizemos ainda um levantamento das Leis e Portarias que estão em vigor e que regem o sistema de saúde do nosso país. Na segunda etapa realizamos uma coleta documental no *site* da SEMUS, como também na própria secretaria, dos documentos considerados pertinentes e que tratam do período de 2005/2012. Para tabulação dos dados, a técnica utilizada foi à análise de conteúdo, que permite realizar um recorte dos textos de acordo com os conteúdos mais significativos, para o posterior agrupamento e categorização das unidades de respostas. Constatou-se que o discurso encontrado nos documentos é de uma visão ampliada da saúde, mas, na análise das ações propostas, percebemos que a atividade física trabalhada ainda está pautada naquela que primordialmente atua sobre a saúde biológica do indivíduo. Verificou-se ainda que, mesmo de caráter inicial, Vitória conta com profissionais de Educação Física inseridos dentro de equipes multiprofissionais, potencializando assim as ações de saúde propostas pelo município. No que diz respeito às ações conjuntas que perspectivam a promoção da saúde, foram evidenciados indícios de intersetorialidade e de participação social, porém de forma simplória. A intersetorialidade, na maioria das vezes, ocorre de forma horizontal. A respeito da participação social, observamos que embora existam mecanismos que propiciem essa participação na gestão da saúde, por falta de dados, não podemos afirmar que eles são efetivos na prática.

Palavras Chaves: Educação Física; Políticas Públicas; Saúde

ABSTRACT

The objective of this research is to investigate the limits and possibilities of the inserts of Physical Education in the planning of public health policies in Vitória - ES as a joint action to promote public health. We sought to ascertain which the existing initiatives proposed by the Municipal Health Department (MHD) were, and what the prospects for intersectoral proposed actions with other sectors of public administration using corporal practices in health. This is a documentary research with a qualitative approach. In the initial stage, we conducted a literature survey in order to gather information aimed at the elaboration of a theoretical support on the issue of research. We also made a survey of the laws and decrees that are in effect and that rule the health system of our country. In the second stage, we conducted a document collection on the MHD website, as well as at the department itself, of the documents considered relevant and dealing with the period between the years 2005 and 2012. For the data analysis, the technique used was the content analysis, which provides for a cut of the texts according to the most meaningful content for the following clustering and categorization of the answer units. It was verified that the speech found in the documents is one of a broader view of health, but in the analysis of the proposed actions, we realized that physical activity is still guided by the kind that primarily acts on the biological health of the individual. It was also found that even initially, the city of Vitória has entered Physical Education professionals within multidisciplinary teams, thus enhancing health actions proposed by the county. In that regard, to the joint actions' approach to health promotion, the intersectoriality and social participation were evident, but in the simplistic way. Such intersectoriality, most often occurs horizontally. Regarding social participation, we found that although there are mechanisms that facilitate this participation in health management, for a lack of data, we can not claim that they are effective in practice.

Key Words: Physical Education, Public Policy, Health

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 59

Quadro 2 60

Quadro 3 99

Quadro 4 121

Quadro 5 126

Quadro 6 127

LISTA DE SIGLAS

APPI – Academia da Pessoa Idosa
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CAPSI – Centro de Atenção Psicossocial Infanto Juvenil
CBO – Código Brasileiro de Ocupações
CNE - Conselho Nacional de Educação
CONASS – Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
CPTT – Centro de Prevenção e Tratamento de Toxicômanos
CRAI – Centro de Referência e Atendimento ao Idoso
ESF – Estratégia Saúde da Família
GM – Gabinete do Ministério
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NASF – Núcleo de Apoio ao Saúde da Família
PET – Programa de Educação Tutorial
PMV – Prefeitura Municipal de Vitória
PNPS – Política Nacional de Promoção de Saúde
PSF – Programa Saúde da Família
OMS – Organização Mundial da Saúde
OPAS – Organização Pan Americana de Saúde
SEMESP – Secretaria Municipal de Esporte e Lazer
SEMUS – Secretaria Municipal de Saúde
SEMMAM – Secretaria Municipal de Meio Ambiente
SOE – Serviço de orientação ao Exercício
SUS – Sistema Único de Saúde
TCC – Trabalho de Conclusão de Curso
UBS – Unidade Básica de Saúde
U.S – Unidade de Saúde

Sumário

1. INTRODUÇÃO 13
1.1 PROBLEMATIZAÇÃO DO OBJETO 16
1.2 JUSTIFICATIVA DA PESQUISA 21
1.3 OBJETIVO 23
1.3.1 Objetivos Específicos 23
1.4 SÍNTESE ESTRUTURAL 24
2. CAMINHOS METODOLÓGICOS 25
2.1 TIPOLOGIA DO ESTUDO 25
2.2 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS DA PESQUISA 26
2.3 TRATAMENTO, ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS 28
3. SAÚDE COMO DIREITO SOCIAL 30
3.1 CIDADANIA “VS” DIREITO 30
3.2 O DIREITO À SAÚDE É DIREITO DE TODOS. 37
3.3 O DIREITO A SAÚDE NO BRASIL 39
3.4 O SUS 41
3.5 SAÚDE: DIREITO INDIVIDUAL OU COLETIVO? 45
3.6 UMA BREVE REFLEXÃO 48
4. POLÍTICA, PLANEJAMENTO E GESTÃO 49
4.1 O MODELO DE ESTADO EM GRAMSCI 49
4.2 POLÍTICA PÚBLICA X POLÍTICA SOCIAL 51
4.3 GESTÃO PÚBLICA: DESDOBRAMENTOS PARA UM PLANEJAMENTO EM SAÚDE 56
4.3.1 Gestão: Gerencial e Societal 56
4.3.2 Planejamento na Gestão Pública: porta de entrada para a participação da sociedade civil. 61
4.3.3 A Gestão na Saúde: Descentralização e Intersetorialidade 66
4.4 UMA BREVE REFLEXÃO 70
5. ENTRELAÇAMENTOS DA EDUCAÇÃO FÍSICA COM A SAÚDE 72
5.1 TOMANDO POSSE DE UMA CONCEPÇÃO DE SAÚDE: OS POSSÍVEIS CAMINHOS PARA A ATUAL VISÃO AMPLIADA DA SAÚDE 73
5.2 AS CONFERÊNCIAS DE SAÚDE E O CONCEITO AMPLIADO DE SAÚDE 74

5.3 OS CAMINHOS DA EDUCAÇÃO FÍSICA PARA A PRODUÇÃO DE SAÚDE 79
5.3.1 Educação Física e Atividade Física: a existência de uma “bio-educação física”.....79
5.3.2 A Educação Física no campo das práticas corporais.....84
5.4 O SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE COMO CAMPO DE INTERVENÇÃO PARA O PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA. 89
5.5 REFLEXÕES QUE NOS CERCAM.....92
6. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS 94
6.1 AS AÇÕES DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE VITÓRIA. 95
6.1.1 O “tão falado” Serviço de Orientação ao Exercício - SOE.....96
6.2 CATEGORIAS DE ANÁLISE.....101
6.2.1 Abordagens conceituais e concepção de Educação Física.....101
6.2.2 Abordagens conceituais e concepção de profissional de Educação Física....105
6.2.3 Perspectiva de impacto das Atividades Físicas/Práticas Corporais sobre a condição de saúde 109
6.2.4 Resultados conseguidos com a implementação da Educação Física em Programas Multiprofissionais e a perspectiva de Intersetorialidade.....114
7. EIXOS CONCLUSIVOS DE INTERPRETAÇÃO 129
7.1 CONCEPÇÕES DE SAÚDE QUE OS DOCUMENTOS SUGEREM.....129
7.2 INSERÇÕES DA EDUCAÇÃO FÍSICA NOS PLANEJAMENTOS E AÇÕES DE SAÚDE 130
7.3 TRAÇOS DE INTERSETORIALIDADE NO SENTIDO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE.....132
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS 135
9. APÊNDICES.....137
APÊNDICE A.....137
APÊNDICE B.....138
APÊNDICE C 139
APÊNDICE D 141
10. REFERÊNCIAS.....142

1. INTRODUÇÃO

Após a Constituição Brasileira de 1988, segundo os artigos 6 e 196, a saúde passou a ser reconhecida como um direito social passando assim a ser cada vez mais alvo de ações do Estado nas diferentes esferas. Dentro do quadro dos profissionais da saúde com possibilidade de atuar nas ações propostas pelo Estado, encontramos o profissional de Educação Física, e a partir disso pensamos na ideia do presente estudo que trabalhou no sentido de investigar os limites e as possibilidades das inserções da Educação Física no planejamento e nas ações relatadas das políticas públicas de saúde da cidade de Vitória – ES como ação conjunta de promoção da saúde pública. Buscamos averiguar quais as iniciativas existentes propostas pela Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS), e quais as perspectivas de intersetorialidade das ações propostas, com outros setores da administração pública que utilizam as práticas corporais no âmbito da saúde. Essa investigação ocorreu baseada em documentos levantados na SEMUS. Para tanto, levamos em consideração o planejamento em saúde do município e as políticas de promoção, prevenção ou de reabilitação existentes, promovendo assim um estudo a partir de uma análise documental.[1]

É recorrente nos discursos da saúde a importância da atividade física. No Brasil, a instituição médica, sob bases biológicas, contribuiu na representação da Educação Física via atividade física, como sinônimo de saúde através da promoção de saúde, da criação de hábitos higiênicos e como meio de eugenização da raça, da educação das virtudes e da construção da moral da juventude (OLIVEIRA et al, 2001).

Podemos perceber que esse cuidado com a saúde vinculado à Educação Física, está atrelado à prática da atividade física em si, posicionando-a ora como produtora da saúde, ora como preventiva aos problemas de saúde (CARVALHO, 1995). Sabemos, porém, que discussões acerca dessa problemática vêm surgindo, e mesmo que de forma tímida, ganhando espaço no cenário atual. O termo prática corporal, por exemplo, vem ganhando espaço e se tornando mais adequado dentro

[1] Para esta pesquisa não fomos a campo. A análise foi baseada apenas no que está descrito nos documentos disponibilizados pela SEMUS que dizem respeitos às políticas públicas propostas pelo governo em questão.

desse contexto, pois, como veremos nos capítulos que seguem, possui uma abrangência maior, compatível com a concepção de saúde que está sendo difundida na atualidade.

Não é fácil conceber a saúde, porém, é notável a necessidade de entendê-la com um olhar mais atento aos corpos sociais e não apenas a padrões biomédicos, a entendê-la como uma saúde coletiva e não somente individual. Assim sendo colocamos a saúde em um contexto de fenômeno social, e, portanto de interesse público.

Saúde não é mais considerada como ausência de doença. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a saúde é um completo bem estar físico, mental e social não podendo ser considerada de forma isolada das condições que cercam o indivíduo e a coletividade. O conceito de saúde construído no documento da 8ª Conferência Nacional de Saúde[2] afirma que a saúde é o resultado das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso aos serviços de saúde. Estamos diante de uma questão multifatorial e não estática, sendo então um processo instável e intimamente influenciado por ações do sujeito e do ambiente, possuindo ainda uma dimensão subjetiva e individual. Dessa forma, para tentar cumprir com o dever do Estado de oferecer saúde à população, as políticas públicas de saúde atuais possuem objetivos pautados na prevenção, promoção e reabilitação, procurando dessa maneira ensinar às pessoas hábitos de vida tidos como saudáveis.

Quando falamos em políticas públicas, estamos falando de ações que possuem o intuito de prezar pelo bem coletivo tentando minimizar as desigualdades sociais. A criação e organização do atual Sistema de Saúde Pública Brasileiro, o SUS (Sistema Único de Saúde), foi baseada nesse pensamento. Assim, com base no art. 198 da Constituição Federal, o SUS teve seus princípios estabelecidos segundo a Lei Orgânica de Saúde de 1990,[3] reconhecendo o direito de acesso universal à saúde para toda a população. É formado pelo conjunto de todas as ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, sendo que a iniciativa privada pode participar deste projeto

---

[2] Retomaremos essa temática nos capítulos que seguem.
[3] Lei 8.080/90, disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm Acessado em: 23 de Agosto de 2012.

de forma complementar. Segundo a Lei 8.080/90, nos seus artigos 2 e 3,[4] a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) legitimou mudanças e deu ao Estado obrigações de garantir saúde para todos os cidadãos.

Venturim (2011) afirma que a implantação do SUS abriu caminho para a descentralização das ações do setor. Essa descentralização expandiu as responsabilidades também para os municípios. O município se tornou o responsável pelo atendimento das necessidades de saúde da população fazendo emergir uma nova estratégia de gestão que viria a auxiliar no processo de descentralização: a intersetorialidade. A intersetorialidade acaba por possibilitar a participação dos diferentes setores da sociedade civil e do Estado.

Junqueira (1997, 2004) considera a descentralização e intersetorialidade como novas estratégias de gestão a fim de melhorar a qualidade de vida dos cidadãos, que a partir de então são considerados sujeitos de direitos ativos no processo de implementação de uma política. Para o autor os problemas sociais devem ser considerados em sua totalidade, e demandam uma forma integrada de intervenção com o objetivo de promover a equidade e a integralidade do atendimento.

No que tange ao campo das políticas sociais, Junqueira (1997) afirma que a intersetorialidade é essencial na gestão integrada dessas políticas para que assim se possa responder com eficácia às demandas sociais da população. Corroborando com o autor, Westphal e Mendes (2000), asseguram que, quando a estrutura de governo trabalha em uma lógica intersetorial, a partir da articulação de planos e o compartilhamento de informações, a participação do cidadão, tanto no planejamento quanto na avaliação fica facilitada. Ainda segundo Junqueira, “a descentralização e a intersetorialidade inovam a gestão da cidade, transferem o poder aos que utilizam os serviços prestados e integram a gestão das políticas públicas” (1997, p.43).

Gestão Intersetorial associa “o que deve ser feito, com o que pode ser feito”, tendo como objetivo dar respostas mais eficazes à população, tornando-se assim um instrumento organizacional que visa maior eficiência e eficácia da ação institucional e democratiza a relação Estado/Cidadão (JUNQUEIRA, 1997, 2004, 2005; WESTPHAL E MENDES, 2000).

É por meio da intersetorialidade que diferentes setores de uma gestão se articulam na resolução de problemas. Ela se torna estratégica para a garantia do

[4] Fonte: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf Acessado em 23 de Agosto de 2012.

direito à saúde, visto que esta é produção resultante de políticas sociais de promoção da qualidade de vida. A intersetorialidade na gestão de saúde permite que os diferentes setores do governo que atuam na produção da saúde, trabalhem de forma conjunta. Ações em saúde necessitam de parcerias com outros setores como Educação, Habitação, Cultura, Esportes e outros. Em suma, a intersetorialidade estimula e requer envolvimento da sociedade.

Dentro desse contexto, encontramos uma possibilidadade para a Educação Física. As atividades físicas/práticas corporais por meio da Educação Física ganham destaque a medida que possibilitam um trabalho em sentido amplo podendo abarcar a prevenção, a promoção e ainda a reabilitação da saúde do indivíduo em inúmeros contextos. Os programas de saúde pública têm incentivado a inclusão da Educação Física e seus aparatos em seus planejamentos no sentido de contribuir para a melhoria da qualidade de vida da população.

Segundo Castro (2008), O Conselho Nacional de Saúde, no intuito de intensificar o trabalho interdisciplinar da equipe atuante junto ao SUS, reconheceu como profissionais de saúde de nível superior, 13 novas categorias incluindo o profissional de Educação Física. Corroborando com essa ideia Ferreira (2001) encontra suporte em outros autores e afirma que a atividade física/prática corporal colabora de forma benéfica no *status* da saúde ao ponto de incentivar práticas importantes na área de saúde pública.

Dessa forma percebemos que a Educação Física é uma área com possibilidade de atuar na saúde do indivíduo, podendo desempenhar papel importante na prevenção, promoção, manutenção e reabilitação da mesma. Os programas de saúde pública não só poderiam como deveriam incluí-la em seus planejamentos, utilizando de aparatos que ela dispõe e que podem contribuir para a melhoria da qualidade de vida da população.

1.1 PROBLEMATIZAÇÃO DO OBJETO

Como já salientamos, as políticas públicas de saúde no Brasil, em sua maioria, após a criação do SUS, possuem objetivos pautados na prevenção, promoção e reabilitação contribuindo dessa maneira para a conquista de um lugar

de destaque da atividade física/prática corporal.[5] Observamos nos últimos anos um grande aumento de experiências pautadas na implementação de atividade física/prática corporal no âmbito dos serviços de saúde, com a finalidade de aumentar os níveis de saúde da população, principalmente em função de três iniciativas do Ministério da Saúde: a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), a criação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e o Programa Academia da Saúde.

Contudo, embora estejamos vivendo um "boom" da atividade física nos discursos relacionados à saúde, os investimentos das políticas públicas de saúde na prática de atividades físicas supervisionadas por um profissional da área, ainda podem ser considerados incipientes. A própria formação do profissional de Educação Física também pode em alguns casos ser considerada incipiente, visto que muitos currículos ainda contemplam de forma mais enfática a saúde do próprio indivíduo em detrimento da saúde da coletividade. Disciplinas que abarcam a formação voltada para o sistema público de saúde ainda são dificilmente valorizadas dentro dos currículos dos cursos de Educação Física (BAGRICHEVSKY 2007; BAGRICHEVSKY, ESTEVÃO E PALMA, 2006).

Ao vasculharmos o *site* do Ministério da Saúde, acerca de informações (documentos, leis, etc.) sobre políticas públicas de saúde desenvolvidas dentro da perspectiva de saúde adotada pelo SUS, encontramos o Programa Saúde da Família (PSF), por exemplo, sendo este um programa que possui ações multiprofissionais. O PSF é entendido como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizado mediante a implantação de equipes multiprofissionais em Unidades Básicas de Saúde (UBS). Segundo o site do Ministério da Saúde, o PSF é a estratégia prioritária para organizar a atenção básica — que tem como um dos seus fundamentos possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade, reafirmando os princípios básicos do SUS: universalização, equidade, descentralização, integralidade e participação da comunidade.

[5] Durante nosso texto utilizaremos em alguns momentos a expressão atividade física/prática corporal. Sabemos da diferença existente entre as duas expressões, e falaremos disso mais adiante. Porém, como em alguns casos, principalmente no discurso massificado pela mídia, elas ainda são vistas como expressões muito próximas, adotamos essa terminologia para evitar maiores contradições.

A atenção básica é configurada como uma Política Federal que orienta diversas ações governamentais e segundo o texto dessa Política (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012, p. 19),

> [...] caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades.

A partir do exposto, principalmente quando levamos em consideração o caráter de promoção e proteção da saúde, além do caráter de reabilitação e manutenção da saúde que a atenção básica institui, entendemos que o profissional de Educação Física deveria estar presente nas equipes multiprofissionais dos programas de saúde públicas que possuem pautam-se nessa política, como o PSF por exemplo. Entretanto, sua presença está marcada a partir das equipes do NASF, criado com o objetivo de ampliar a abrangência da atenção básica. Segundo a Portaria GM nº 154[6] do Ministério da Saúde, de janeiro de 2008, poderão compor os NASF as seguintes ocupações do Código Brasileiro de Ocupações - CBO: Médico Acupunturista; Assistente Social; *Profissional da Educação Física*; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; e Terapeuta Ocupacional.

O NASF baseia-se na Política Nacional de Promoção da Saúde – Portaria nº 687/GM[7] – criada em 30 de março de 2006. Segundo essa portaria devem ser disponibilizadas à população ações de atividade física/práticas corporais que propiciem a melhoria da qualidade de vida da população, a redução dos agravos e dos danos decorrentes das doenças não transmissíveis, favoreçam a redução do consumo de medicamentos, favoreçam a formação de redes de suporte social e que possibilitem a participação ativa dos usuários na elaboração de diferentes projetos terapêuticos. Segundo a mesma portaria, em face do caráter estratégico relacionado

---

[6] Disponível em: http: http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria154_24_01_08.pdf Acessado em: 17 de Setembro de 2012. A sigla GM deve ser entendida como Portarias emitidas pelo Gabinete do Ministério.

[7] Disponível em: http://189.28.128.100/nutricao/docs/legislacao/portaria_687_30_03_06.pdf Acessado em 17 de Setembro de 2012.

à qualidade de vida e à prevenção do adoecimento, as ações de atividade física/práticas corporais devem buscar a inclusão de toda a comunidade adstrita, não devendo restringir seu acesso apenas às populações já adoecidas ou mais vulneráveis.

Encontramos também o profissional de Educação Física em outra política pública de nível federal, a Academia da Saúde.[8] Segundo o *site* do Ministério da Saúde, este programa foi criado pela Portaria nº 719[9] do Ministério da Saúde, de 07 de abril de 2011, tendo como principal objetivo contribuir para a promoção da saúde da população a partir da implantação de polos com infraestrutura, equipamentos e quadro de profissionais qualificados para a orientação de atividade física/práticas corporais e de lazer.

Embora o governo federal esteja incentivando programas que utilizam a atividade física/prática corporal no sentido de promoção da saúde, não são todas as cidades que incluem em seus planejamentos essa proposta. Analisando previamente os Planejamentos de Saúde[10] do município de Vitória, encontramos sinais da inserção da Educação Física no mesmo. A SEMUS conta com um Serviço de Orientação ao Exercício (SOE),[11] no qual os profissionais da área de Educação Física são fundamentais. Existe também um programa denominado Academia Popular em parceria com a Secretaria Municipal de Esporte e Lazer (SEMESP) e ainda outro denominado Academias Populares da Pessoa Idosa, da própria SEMUS, que também encontramos profissionais da área.

Quando olhamos para as Unidades Básicas de Saúde (UBS) salientamos que a maioria delas (17 das 29 Unidades do município), contam com a presença de um profissional de Educação Física, porém, embora este profissional se enquadre como parte da equipe do PSF, ele é na verdade integrante da equipe do SOE que trabalha

---

[8] Vale ressaltar que o profissional de educação física é citado no texto do Ministério da Saúde como "quadro de pessoal qualificado para a orientação de práticas corporais e atividade física [...]", não ficando explicito que esse cargo é preenchido por esses profissionais.

[9] Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_academia_saude_719.pdf acessado em 25 de Outubro de 2013.

[10] Disponível em: http://www.vitoria.es.gov.br/arquivos/20100519_saude_plano_2010_2013.pdf, acessado em 25 de Outubro de 2013.

[11] A Prefeitura Municipal de Vitória (PMV), através da Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS), criou o Serviço de Orientação ao Exercício (SOE) no ano de 1986, com a elaboração de um programa básico do Serviço de Orientação da Fisiologia do Exercício (SORFE). Este programa foi criado através do decreto n° 7092 de 08 de Julho de 1985, lei nº 3267 de 04 de Janeiro de 1985 e vinculado à Divisão de Assistência Sanitária (DAS) do Departamento de Saúde Pública da Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS). Dentre os objetivos deste programa destacavam-se: a orientação para a prática de exercícios físicos de caráter desportivo e recreativo, atividades recreativas para deficientes físicos e avaliação física dos praticantes (TAGLIAFERRE & ALBUQUERQUE, 2008).

em conjunto com as equipes do PSF dentro da UBS. Os profissionais de Educação Física que trabalham dentro das UBS têm sua prática fundamentada na atenção básica, assim como os outros profissionais das outras áreas da saúde que também integram as equipes do PSF. Além disso, encontramos também em Vitória, equipes do NASF, que também trabalham em conjunto com o SOE e com as equipes do PSF.

Embora ainda de caráter introdutório, pode-se ver que há sinais do movimento que vem acontecendo de valorização da atividade física/prática corporal perante a promoção e prevenção da saúde, fazendo com que esta consiga aos poucos maior importância dentro das políticas públicas de saúde.

Outro ponto que podemos salientar ao pensarmos na gestão da saúde no município de Vitória é que no intuito de potencializar o acesso ao direito social à saúde e considerando que a saúde no Brasil tem uma tradição em termos de gestão pautada na intersetorialidade (JUNQUEIRA, 1997 E ANDRADE, 2006), espera-se que a gestão da saúde em Vitória também tenha traços avançados da perspectiva de descentralização e de intersetorialidade. Em consonância com esse pensamento o Plano Municipal de Saúde[12] já sinaliza como estratégia de gestão um planejamento democrático e participativo baseado na intersetorialidade e na participação popular.

Ao falarmos de descentralização e intersetorialidade, estaremos considerando-as como estratégias de excelência em termos de administração pública eficiente, eficaz com efetividade social, segundo os conceitos de Belloni et al. (2003). Junqueira (1997, 2004, 2005) afirma que é crescente a necessidade de abordar demandas sociais de forma abrangente levando em conta os diferentes fatores que influenciam os problemas sociais, analisando-os de forma integrada. Assim sendo, entende-se que a intervenção na realidade social deve envolver vários profissionais de diferentes áreas do conhecimento, levando em consideração a complexidade dos problemas sociais, principalmente enquanto foco de intervenção do poder público.

Outro problema que encontramos quando pensamos na inserção das atividades físicas/práticas corporais em programas que visem a promoção, manutenção e prevenção da saúde é o fato de que, embora pautados em discursos

---

[12] Disponível em: http://www.vitoria.es.gov.br/arquivos/20100519_saude_plano_2010_2013.pdf, acessando em 25 de Outubro de 2013.

de intersetorialidade e descentralização, a gestão pública conta com inúmeros setores em sua administração, que muitas vezes não trabalham interligados realmente. Essa articulação é necessária à medida que projetos e programas realizados por um setor possuam práticas que também são utilizadas por outros setores, como é o caso já citado da SEMUS e da SEMESP na implantação do programa Academia Popular. Porém muitas vezes essa articulação não existe, ou não segue pressupostos conceituais de intersetorialidade. Esse aspecto já foi anteriormente abordado e estudado por integrantes do grupo CESPCEO[13] (PEREIRA, 2010 e VENTURIM, 2011).

Com toda essa problemática acima surgiu a nossa reflexão central: ***Quais os limites e as possibilidades das inserções da Educação Física e seus potenciais de saúde ao analisarmos os planejamentos e os relatórios avaliativos das políticas públicas do setor no município de Vitória como ação conjunta e intersetorial de promoção da saúde pública?***

1.2 JUSTIFICATIVA DA PESQUISA

O interesse em investigar e escrever sobre políticas públicas de saúde e a inserção da Educação Física advêm de vários fatores. Um deles relaciona-se com minha afinidade pela área das ciências da saúde, porém num sentido mais amplo em relação ao que se vem estudando nas ciências biológicas. Minha monografia não teve ligação nenhuma com essa área, porém, ao finalizar a graduação em Educação Física, ingressei em um curso preparatório para tentar ser aprovada no curso de medicina.

Entretanto, com o decorrer do tempo percebi que não queria trabalhar com o individuo na perspectiva da doença como a medicina faz na maioria das vezes, mas sim na perspectiva da saúde, da promoção e prevenção dos agravos à saúde. Percebi então que a Educação Física me oferecia meios para isso, principalmente quando vinculada ao sistema público de saúde, já que sendo a saúde um direito social, é dever do Estado de atuar nessa área promovendo políticas que supram as

[13] Centro de Estudos em Sociologia das Práticas Corporais e Estudos Olímpicos, localizado na Universidade Federal do Espírito Santo, no Centro de Educação Física e Desportos.

necessidades da população neste âmbito, devendo dessa forma fornecer as condições indispensáveis para o pleno alcance da mesma. A sociedade também deve se mobilizar em prol dos seus direitos, pois o dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.

Outro fator está ligado à afinidade com meu atual orientador da pesquisa. Ele me orientou na monografia de conclusão do curso, e participamos juntos de um projeto de iniciação científica do qual extraí minha monografia. Ele é estudioso no campo de políticas públicas, preferencialmente na área de esporte e lazer. Em conversas anteriores, vislumbramos a possibilidade de unirmos a experiência dele na área da política à minha vontade de pensar a educação física dentro das políticas de saúde.

Um terceiro fator relaciona-se com minha vontade de trabalhar futuramente na área das políticas públicas de saúde, com o intuito de utilizar as atividades físicas/práticas corporais no sentido da promoção da saúde.

Um quarto fator liga-se ao incômodo que sentia ao perceber que outras áreas que não se enquadravam especificamente na área da saúde, trabalhavam com as práticas corporais nessa perspectiva não apresentando sinais de intersetorialidade. A maioria das práticas que envolvem atividade física, mesmo advindo de outras secretarias que não a de saúde, justificam-se pelo viés da saúde, logo, por que não oferecer um trabalho conjunto entre as secretarias a fim de potencializar o objetivo final? Nesse mesmo sentido, se, como já dito, a Gestão Pública na cidade de Vitória for pautada na intersetorialidade, torna-se também necessário a investigação de como ocorre essa interligação entre os diversos setores da administração, em específico daqueles que se utilizam das práticas corporais na perspectiva da saúde.

Em virtude dessas várias situações, e ainda sendo a Educação Física, como já mencionamos, um campo dirigido pelo viés da saúde, entendemos como necessária a investigação de como ocorre sua inserção no planejamento das políticas públicas de saúde, no caso deste projeto, especificamente na cidade de Vitória.

Surgem então questionamentos que com a realização dessa pesquisa seja possível ser respondidos, ou ao menos levantar debates que possam contribuir para a mudança deste contexto. Por que muitas vezes a Educação Física não é incluída no planejamento das políticas de saúde, da mesma forma que outras áreas são?

Como os aparatos da Educação Física podem contribuir nos planejamentos das políticas de saúde?

Toda a investigação que possa dar conta dos questionamentos levantados justifica a realização dessa pesquisa. Caso a inserção da Educação Física no planejamento das políticas de saúde ocorra, torna-se necessária a investigação de como ela ocorre, haja vista a baixa visibilidade que esta prática ainda possui. Levando ainda em consideração a intersetorialidade prevista na gestão, torna-se necessária a investigação da sua real ocorrência.

Um último ponto em termos de justificativa é pensarmos também que, embora a investigação esteja sendo feita a nível local, baseados nos estudos da microssociologia, a partir dessa investigação poderemos pensar em um modelo que possa ser aplicado em outros lugares.

1.3 OBJETIVO

A partir de um estudo documental, investigar os limites e as possibilidades das inserções da Educação Física e seus potenciais de saúde ao analisarmos os planejamentos e os relatórios avaliativos referentes às políticas públicas do setor no município de Vitória – ES, como ação conjunta de promoção da saúde pública. Em um segundo plano, investigar quais as iniciativas existentes e quais as perspectivas de intersetorialidade relatadas entre a Secretaria de Saúde e as outras secretarias que também possuem ações que utilizam as práticas corporais no sentido de promoção de uma política de saúde intersetorial.

1.3.1 Objetivos Específicos

- Mapear a legislação em todas as esferas de poder que incentiva a promoção da saúde por meio de atividade física e práticas corporais, identificando a presença ou não da Educação Física a partir da Constituição de 1988;
- Mapear as políticas públicas de saúde da Prefeitura Municipal de Vitória (PMV), identificando a presença ou não da Educação Física, bem como os planejamentos de Saúde do município no período de 2005/2012;

- Analisar, a partir dos documentos, as políticas públicas de saúde existentes no município que se utilizam das práticas corporais, como também levantar quais aquelas vinculadas a outros setores da Prefeitura Municipal de Vitória que utilizam das práticas corporais na perspectiva da saúde.

1.4 SÍNTESE ESTRUTURAL

Como suporte teórico para discutir os resultados da pesquisa de forma consistente foi realizada uma divisão do estudo por meio de três capítulos de revisão somados a um capítulo de metodologia e outro que engloba os resultados, a análise e as discussões dos dados encontrados.

No primeiro capítulo de revisão (CAPÍTULO 3), considerando a saúde como direito social, pretendeu-se abordar essa dimensão, e sua relação com o princípio de cidadania. Para finalizar, a discussão girou em torno da saúde como um direito social e como ela foi sendo efetivamente incorporada na legislação brasileira após a Constituição de 1988.

No segundo capítulo de revisão (CAPÍTULO 4) abordamos as temáticas relacionadas à política e à gestão. Foi necessário adotarmos um modelo de Estado, bem como a noção de política com a qual estamos trabalhando. Foi necessário também diferenciarmos política pública de política social, a fim de esclarecermos ao leitor a relação existente entre as duas e os desdobramentos que ambas possuem na nossa pesquisa. Este capítulo ainda contou com a discussão sobre Gestão, relacionando-a com a questão da intersetorialidade. De forma mais específica, trouxemos para finalizar, inferências sobre as políticas públicas particulares da área da saúde no nosso país.

No terceiro capítulo de revisão (CAPÍTULO 5) discutimos a tensa relação entre a Educação Física e seus caminhos pelo campo da saúde. Iniciamos tentando tomar posse de uma concepção de saúde, partindo do histórico de uma visão biologicista, advinda da relação que persistiu durante muito tempo que associava saúde à ausência de doença, até a saúde entendida de maneira ampliada, como nos dias de hoje. Posteriormente trouxemos a Educação Física para a discussão, trabalhando as relações entre de atividade física, promoção, prevenção e estilo de

vida saudável. E por fim tentamos compreender os rumos que a Educação Física tem tomado até agora no sistema público de saúde.

No sexto capítulo apresentamos a discussão dos dados, detalhando as principais ações e características das políticas públicas desenvolvidas pela SEMUS verificando os limites e as possibilidades da Educação Física nessas políticas, bem como a existência de ações intersetoriais com os outros setores da administração pública que também utilizam das práticas corporais na perspectiva da saúde.

2. CAMINHOS METODOLÓGICOS

2.1 TIPOLOGIA DO ESTUDO

O trabalho é classificado metodologicamente como pesquisa documental, visto que se refere a um estudo baseado na análise de documentos que serão utilizados como materiais e fontes que não receberam o tratamento específico para os objetivos propostos (GIL, 2000). Em termos gerais, a análise documental consiste em estudar e analisar um ou vários documentos para descobrir as circunstâncias sociais e econômicas com as quais podem estar relacionados (RICHARDSON, 1999). Severino (2000) afirma que a análise documental consiste no tratamento analítico e descritivo de documentos conservados em arquivos públicos e instituições privadas em nível regional e estadual. Hoje em dia, contribuindo com o autor, esses documentos também estão disponíveis na rede mundial de computadores.

É importante salientarmos que um documento é segundo a ABNT (2002, NBR 6023) “[...] qualquer suporte que contenha informação registrada, formando uma unidade, que possa servir para consulta, estudo ou prova. Incluem impressos, manuscritos, registros audiovisuais e sonoros, magnéticos e eletrônicos, entre outros”. Nesse sentido acreditamos que o material que dispusemos se constitui em fontes documentais.

2.2 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS DA PESQUISA

Os procedimentos da pesquisa para coleta de dados e construção de conhecimentos ocorreram das seguintes maneiras:

Na fase inicial foi realizado um levantamento bibliográfico, a fim de coletar informações teóricas em livros, artigos científicos, banco de dados e revistas especializadas, visando à elaboração de um suporte teórico sobre a temática da pesquisa. Nessa etapa, fizemos também um levantamento de Leis e Portarias que estão em vigor e que regem o sistema de saúde do nosso país.

Na segunda etapa foi realizada uma coleta documental no *site* da SEMUS, como na própria secretaria, dos documentos considerados pertinentes e que tratam do período de 2005/2012,[14] a fim de conhecer o planejamento das ações e das políticas públicas de saúde da cidade de Vitória,[15] verificando a inserção da Educação Física.

Os documentos levantados e posteriormente analisados foram os seguintes:

- Plano Municipal de Saúde 2006-2009;
- Plano Municipal de Saúde 2010-2013;
- Relatórios de Gestão 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012;
- Programação anual 2005, 2006, 2007, 2008, 2011, 2012;
- Projeto de elaboração Serviço de Orientação ao Exercício (SOE);
- Projeto da inserção do profissional de Educação Física nas U.S.'s;
- Projeto de elaboração e implementação das Academias Populares;[16]
- Projeto de elaboração e implementação do Parque Tancredo de Almeida Neves;
- Projeto de elaboração e implementação das Academias Populares da Pessoa Idosa (APPI);

---

[14] A escolha do período se deve ao fato de ter ocorrido uma gestão continuada por dois mandatos. A gestão foi desenvolvida por um governo dito popular, participativo e democrático, desenvolvido pelo Partido dos Trabalhadores. Isso permite que se espere potencialmente uma gestão descentralizada e Intersetorial na saúde e/ou nos demais setores da Prefeitura, aumentando também o potencial de investigação pretendido por esse projeto.

[15] A escolha da cidade também ocorreu levando-se em consideração a gestão continuada. Acrescenta-se o fato da cidade contar com um Programa de relevância nacional no âmbito da inserção da educação física nas políticas públicas de saúde, o SOE. Além disso, a pesquisadora residi na cidade, o que facilita o desenvolver da pesquisa.

[16] Existe uma prestação de contas, disponível no s*ite* da SEMUS, que não foi analisada. Pretendemos, dependendo de algumas condições, incluí-las em análises futuras.

- Ações realizadas pela SEMUS nos Centros de Referência: Centro de Atendimento ao Idoso (Crai), no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), no Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (CAPSI) e no Centro de Prevenção e Tratamento de Toxicômanos (CPTT).

Vale ressaltar que os documentos foram coletados apenas a partir da SEMUS, ou seja, todos os documentos selecionados são procedentes dessa secretaria e não de outra, mesmo que eles contenham traços de intersetorialidade.

Os procedimentos para coleta dos dados aconteceram na seguinte ordem: Inicialmente, fizemos um levantamento de todos os documentos que estavam disponíveis na *web*, pois a gestão da PMV, principalmente a partir do mandato iniciado em 2005, em concordância com uma gestão democrática e participativa e atendendo a legislação nº 12.527, de 18 de novembro de 2011, disponibiliza a maioria dos documentos referentes aos planejamentos nos sites das secretarias de cada setor. Muitos dos documentos analisados nessa pesquisa foram encontrados no *site* da SEMUS.

De posse dos documentos, fizemos um contato inicial com a secretaria no dia 08 de outubro de 2012, com a finalidade de entregar a carta de apresentação da pesquisa (APÊNDICE A) solicitando o restante dos documentos que não estavam disponíveis na *web.* A carta foi destinada ao Secretário de Saúde do período e apresentou o título, objetivos e relevância da pesquisa, bem como o projeto em anexo.

Como o país se encontrava em período de eleições, essa aceitação ficou prejudicada. Só conseguimos a análise da pesquisa e o aceite da proposta em 25 de Abril de 2013(APÊNDICE B). Mesmo assim era necessária a aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética para que a liberação dos documentos que embasaram o planejamento da SEMUS fosse disponibilizada.

Dessa forma, o projeto foi encaminhado para o Comitê de Ética em Pesquisa sendo aprovado, sob o parecer nº 348.039 (APÊNDICE C), no dia 02 de Agosto de 2013. A partir disso, iniciamos a coleta do restante dos documentos no final do mês de outubro, e com a finalização da coleta de dados, iniciamos a análise e discussão dos mesmos.

2.3 TRATAMENTO, ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

A análise dos dados levantados foi realizada de maneira qualitativa, conforme propõe Richardson (1999). Adotamos o método qualitativo que “além de ser uma opção do investigador, justifica-se, sobretudo, por ser uma forma adequada para entender a natureza de um fenômeno social” (RICHARDSON, 1999, pg. 79). Segundo o autor, a pesquisa qualitativa pode ser caracterizada como a “tentativa de uma compreensão detalhada dos significados e características situacionais apresentadas pelos entrevistados, em lugar da produção de medidas quantitativas de características ou comportamentos” (Ibidem, pg. 90).

Os documentos foram interpretados por meio de categorias de análise determinadas a partir do conteúdo encontrado nos próprios documentos. Para tabulação dos dados, a técnica utilizada foi a análise de conteúdo, que se caracteriza como um recorte dos conteúdos de acordo com os assuntos mais significativos para o estudo, para o posterior agrupamento e categorização das unidades de respostas. Assim, empregando técnicas de análise de conteúdo (RICHARDSON, 1999), em cada texto, o conteúdo que interessa diretamente à pesquisa foi identificado e interpretado à luz da literatura.

No capítulo destinado a apresentação e interpretação dos dados, foram retiradas informações dos documentos que nos auxiliaram a responder à questão dessa pesquisa. Essas informações foram apresentadas na forma de recortes do texto dos próprios documentos. Para isso, elencamos algumas palavras chaves que utilizamos como ponto de partida para buscar nos documentos, dados que nos permitiram inferir sobre as relações da saúde com a Educação Física, bem como a existência de uma intersetorialidade entre a Secretaria de Saúde e outros setores que também possuem ações que utilizam as práticas corporais no sentido de promoção de uma política de saúde intersetorial. Em cada documento, fizemos uma procura minuciosa de trechos que continham as palavras chaves selecionadas, separando-os e colocando-os em um quadro (APÊNDICE D) confeccionado para nos ajudar a tabular e analisar os dados.

As palavras selecionadas foram as seguintes: *Educação Física, Práticas Corporais, Atividade Física, Exercício Físico, Ginástica, Esporte, Desporto, Caminhada, Educador Físico, Técnico Desportivo, SOE, Intersetorialidade, Equipe Multiprofissional, Equipe Interdisciplinar.* A escolha das palavras se deu

prioritariamente por aproximação a dois termos centrais relacionados ao objetivo da pesquisa: Educação Física e Intersetorialidade.

Após o exercício de pesquisar em cada documento chegamos a algumas categorias de análise que nos permitiram visualizar possíveis respostas a respeito dos limites e das possibilidades da Educação Física dentro do planejamento e das ações das políticas públicas de saúde da cidade de Vitória/ES. Dessa forma, mediante os trechos tomados, chegamos a quatro categorias: 1. Abordagens conceituais e concepção de Educação Física; 2. Abordagens conceituais e concepção de profissional de Educação Física; 3. Perspectiva de impacto das Atividades Físicas/Práticas Corporais sobre a condição de saúde; 4. Resultados conseguidos com a implementação da Educação Física em Programas Multiprofissionais.

A partir das análises e das discussões feitas baseadas nas categorias que elencamos, chegamos a três principais eixos conclusivos da nossa pesquisa, sendo eles: 1. Concepção de saúde que os documentos sugerem; 2. Inserção da Educação Física nos planejamentos e nas ações de saúde; 3. Traços de Intersetorialidade no sentido de promoção da saúde.

3. SAÚDE COMO DIREITO SOCIAL

Sendo um direito social, a saúde é um setor que sofre ações do Estado em diferentes esferas. Dessa forma, pensamos que essas ações, chamadas também de políticas públicas de saúde, estão diretamente vinculadas ao exercício da cidadania.

Torna-se então necessário, no decorrer desse capítulo, esclarecermos alguns pressupostos que nos permitam entender a saúde como um direito social, sendo assim efetivamente incorporada na legislação brasileira após a Constituição de 1988.

3.1 CIDADANIA “VS” DIREITO

O conceito de cidadania tem sua origem grega, significando viver a política de forma ativa na comunidade. Com o decorrer da história, esse conceito foi se modificando e passou a englobar um conjunto de valores sociais que determinam os direitos e deveres do cidadão (COUTINHO, 2008).

No mundo moderno, a noção de cidadania está ligada à ideia de direitos. Locke (1994, apud COUTINHO, 1999) baseou seu pensamento político no Jusnaturalismo, chamado também de direito natural. É o direito divino, aquele que todo individuo já nasce com ele e que parte do principio de que existe um direito comum a todos os homens sendo este universal. Para Locke (1994, apud COUTINHO, 1999) os indivíduos possuíam direitos e para garanti-los, deveriam criar um Estado que primasse por isso. A tarefa fundamental do governo seria a de garantir esses direitos naturais. Entretanto, segundo o pensamento de Coutinho (1999), a ideia de direitos naturais é equivocada. Ele salienta que os indivíduos não nascem com direitos, pois os direitos são na verdade fenômenos sociais resultado da história.

Hannah Arendt (1989) corrobora com a ideia de que o primeiro direito humano é o direito a ter direitos. Lafer (2003, p. 154) compreende que “isto significa pertencer, pelo vínculo da cidadania, a algum tipo de comunidade juridicamente organizada e viver numa estrutura onde se é julgado por ações e opiniões, por obra do princípio da legalidade”. Dessa forma, o ser humano já nasce em uma sociedade onde, por princípios já construídos, ele possui direitos também já determinados. Ele

não nasce com direitos, pois para que o individuo possa ter direitos, ele tem que pertencer a uma comunidade que dá a ele o direito de ter direitos (ARENDT, 1989).

Lafer (2003) afirma que para Arendt a noção de que todos os homens nascem livres em dignidade e direitos, conforme expressa o artigo 1º da Declaração Universal dos Direitos Humanos da ONU (1946), não se aplica em nossa realidade. Arendt sustenta a ideia que nós não nascemos iguais, mas sim nos tornamos iguais quando vinculados a uma coletividade que garante a todos direitos iguais. Defende ainda que a igualdade é construída convencionalmente pela ação conjunta dos homens através da organização da comunidade política (ARENDT, 1989 apud LAFER, 2003). Como exemplo clássico de Arendt, temos a questão dos judeus, considerados apátridas.

No livro *A Origem do Totalitarismo (2011),* Hanna Arendt faz uma importante contextualização sobre a gênese do anti semitismo, onde segundo ela, os judeus nômades pelo mundo, constituíam um povo que não possuía direitos, pois não existiam regras que pudessem ser impostas a eles, já que não faziam parte de nenhuma sociedade. Hannah Arendt constatou na experiência do totalitarismo, a ruptura dos valores até então consagrados de Justiça e do Direito. Lafer (2003) afirma que o direito deixou a razão e foi se instalar na vontade do legislador. O Direito passa a servir de instrumento de gestão do Estado, um instrumento de controle.

Já Marshall (1967) trabalha com a ideia de que somos sujeitos que conquistamos os direitos ao longo da vida em sociedade. O indivíduo quando criança por exemplo, não possui direitos políticos, porém a partir de uma certa época conquista o direito de fazer parte da comunidade política, podendo somente a partir daí exercer os seus direitos políticos.

Grande ícone, quando o assunto é cidadania, Marshall (1967) propõe que a essência da cidadania seria a apropriação plena de um conjunto de direitos os quais são divididos em três grandes categorias: direitos civis, direitos políticos e direitos sociais.

Segundo Marshall (1967), o direito civil é composto pelos direitos que garantem a existência individual e a sobrevivência, sendo necessários à liberdade individual e igualdade perante a lei. São aqueles caracterizados como essenciais à vida, sendo regulados pela justiça e acessíveis a todos. Como exemplos, temos o direito à vida, à liberdade de ir e vir, à liberdade de expressão, pensamento e fé, o

direito à propriedade, o direito à justiça, etc. Já o direito político se refere à participação ativa nas esferas políticas assim como o direito de votar e poder ser votado. Por sua vez, o direito social refere-se ao direito dos indivíduos de gozar de uma herança social seguindo os padrões predominantes de determinada sociedade. São as garantias de uso das riquezas coletivas e respondem às necessidades humanas básicas, como o direito a um bem-estar econômico mínimo, que envolve o direito à educação, à segurança, à habitação, à alimentação, ao trabalho, à saúde, ao lazer etc. (MARSHALL, 1967). Os direitos sociais relacionam-se com os direitos civis como sendo possíveis desdobramentos dos mesmos, entretanto são baseados na coletividade.

A partir de uma análise da sociedade inglesa, Marshall traça seu pensamento sobre a aquisição da cidadania. Segundo ele, primeiro vieram os direitos civis, no século XVIII. Depois, no século XIX, surgiram os direitos políticos. Finalmente os direitos sociais foram conquistados no século XX. Marshall (1967) afirma que na Inglaterra a consolidação dos direitos civis levou ao aumento dos direitos políticos e, por fim, favoreceu a ampliação dos direitos sociais devido ao desequilíbrio de forças existentes entre burguesia e proletariado. Em algum momento este desequilíbrio foi favorável à classe trabalhadora, ou seja, ao começar a reivindicar alguns direitos e perceber uma sensação de eficiência nesses atos, a população acabou por ser contemplada em algumas das necessidades sociais que acentuavam as desigualdades de condições entre patrões e classe trabalhadora.

A partir de uma análise da concepção de Marshall, Carvalho (2002) afirma que no Brasil, o caminho para a construção de uma cidadania parece ter seguido uma ordem inversa, o que contribuiu para promover algumas consequências diferentes das inglesas, na constituição da cidadania brasileira. O autor mostra que no Brasil, foram os direitos sociais que primeiro se legitimaram. Segundo ele, o ideal de cidadania possui caminhos distintos e nem sempre seguem linha reta. No caso do Brasil, o autor destaca como uma diferença importante o fato do direito social sempre ter recebido maior ênfase em relação aos outros direitos (CARVALHO, 2002).

Traçando um rápido histórico sobre a aquisição dos direitos e a construção da cidadania na sociedade brasileira, baseados nas inferências de Carvalho (2002), podemos afirmar que no período da colonização a maioria da população brasileira

era privada de exercer qualquer direito. Essa conquista ocorreu de forma gradativa e bem diferente daquela proposta por Marshall, ao analisar a sociedade Inglesa.

Segundo Carvalho (2002), a independência constituiu um avanço no que se refere aos direitos políticos, porém esse avanço se manteve estagnado por muito tempo, pois os direitos políticos alternaram-se instavelmente ao longo da república entre ditaduras e regimes democráticos.

Nos anos 30, com o inicio do Governo de Getúlio Vargas podemos falar em avanços importantes em relação aos direitos sociais a partir da criação do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio e, com ele, a legislação trabalhista e previdenciária, completada em 1943 com a Consolidação das Leis do Trabalho. Em 1946, a nova constituição manteve as conquistas sociais do período anterior e garantiu os tradicionais direitos civis e políticos. Entretanto, com a suspensão da liberdade de expressão e de organização encontradas nos governos durante a Ditadura Militar (1964 - 1985) que procederam ao governo de Getúlio Vargas, os direitos civis ficaram prejudicados.

Com o final da Ditadura, o movimento pelas “Diretas Já”, em 1985 merece destaque. Muitas forças se engajaram nessa luta que foi, sem dúvida, a maior mobilização popular da história do País. Tancredo Neves[17] foi eleito, embora não tenha assumido, por ter falecido antes da posse. Mas em 1989, Fernando Collor de Melo foi eleito por meio da primeira eleição direta para presidente da República desde 1960 e este mesmo presidente foi deposto através de *impeachment,* ato que também gerou grande mobilização popular. A partir da Constituição de 1988, considerada a mais liberal e democrática que o país já teve, a garantia dos direitos civis acabou sendo a preocupação central, embora seguindo a tradição, tenham acontecido ainda avanços nos direitos sociais. Nessa mesma época os direitos políticos adquiriram amplitude nunca antes atingida. No entanto, de acordo com Carvalho,

> [...] a democracia política não resolveu os problemas econômicos mais sérios, como a desigualdade e o desemprego. Continuam os problemas da área social, sobretudo na educação, nos serviços de saúde e saneamento, e houve agravamento da situação dos direitos civis no que se refere à segurança individual (Ibidem, p. 199).

[17] Tancredo Neves venceu as eleições brasileiras, sendo eleito o primeiro Presidente civil em mais de 20 anos, no dia 15 de janeiro de 1985. A posse estava prevista para o dia 15 de março, mas, na véspera, Tancredo foi internado e José Sarney tomou seu lugar interinamente. Veio a falecer em 21 de abril de 1985, aos 75 anos de idade, vítima de infecção generalizada.

Após a Constituição de 1988 que precedeu o *impeachment de* Fernando Collor de Melo, outros presidentes como Itamar Franco, Fernando Henrique Cardoso, Luís Inácio Lula da Silva e Dilma Roussef (atual Presidenta) disputaram eleições que transcorreram dentro dos limites da ordem.

Dialogando com Areias (2011), fazemos uma reflexão de que o processo descrito da aquisição de direitos no Brasil pode ter incidido diretamente no sentido de cidadania que encontramos no nosso país, a partir da noção de direitos, como também de participação social. Corroborando com esse pensamento, Carvalho (2002) levanta a ideia de que os direitos sociais no Brasil podem não ter sido efetivamente conquistados, mas de certa forma concedidos.

Embora não tenhamos um pensamento consolidado sobre essa ideia, acreditamos que, na verdade, é fato que o "barulho" feito pela população na busca por direitos, de alguma forma incide positivamente na aquisição dos mesmos. Porém, Carvalho (2002) nos sugere pensar que algumas das conquistas brasileiras acabaram sendo cedidas como forma de evitar a manutenção da crise, visto que em sua maioria, as manifestações que ocorreram no nosso país não foram massificadas, e sendo assim podem não ser consideradas quantitativamente. Se levarmos em consideração o grande contingente populacional que o Brasil possui, a parcela que briga por mudanças acaba sendo mínima, e dessa forma o restante da população acaba se acomodando com pequenas concessões dadas pelo Governo.

Em capítulos que seguem, iremos enfatizar uma importante manifestação[18] que ocorreu no país, e que mesmo contendo uma pequena parcela da população brasileira à frente, conseguiu promover mudanças que influenciam até os dias atuais: a Reforma Sanitária. Esse fato mostra que a sociedade civil possui potencial para se organizar e sugerir mudanças, correspondendo dessa maneira ao ideal de

[18] Vale ressaltar que alguns movimentos populares que aconteceram ao longo da história, mesmo em sua maioria não sendo relevantes quantitativamente no que tange a participação da população brasileira, foram essenciais para as conquistas políticas e sociais e fazem reflexo até os dias atuais. Outro exemplo, além daquele já citados no texto, foram os movimentos de greve dos metalúrgicos do ABC Paulista (Santo André, São Bernardo e São Caetano). Desde o golpe militar de 1964 eles sofriam repressão política o que impossibilitava a organização sindical. A partir de 1978, ainda sob o regime militar, os trabalhadores do maior parque industrial do país, localizado na região do ABC paulista desencadearam uma série de greves que mobilizaram milhares de operários e conquistaram o apoio de partidos políticos, entidades da sociedade civil e naturalmente a simpatia da população. As greves marcaram a fundação do que se chama hoje de novo sindicalismo, além de ter raízes na fundação da CUT (Central Única dos Trabalhadores) e do PT (Partido dos Trabalhadores). Esse movimento sindical dos anos 80 promoveu grande contribuição para a redemocratização do Brasil (POGIBIN, 2009).

cidadania que estamos propondo, e assim, indo de encontro ao pensamento sugerido por Cavalho (2002).

Diante dessa problemática, Areias (2011) inicia uma importante discussão. Até que ponto a ideia de democracia e de cidadania está ligada à participação popular? Segundo a autora, baseada nas discussões de Pateman (2002, apud AREIAS 2011), muitas vezes, a ideia de participação acaba sendo distorcida, e o ato de participar muitas vezes é confundido com ter o direito de proferir sua opinião, mesmo que ela não seja levada em consideração. Areias, citando Lovisolo (1999, apud AREIAS 2011), levanta a questão que, ao falarmos que somos cidadãos, estamos afirmando que pertencemos a uma comunidade, e sendo assim somos aptos a participar da distribuição de um conjunto de bens comuns, considerados como direitos e obrigações dos cidadãos dentro de determinada ordem pública e estatal. Lovisolo, na visão da autora, ainda afirma que para formar o cidadão para a participação deve-se habilitá-lo para ter capacidade de elaborar critérios para distribuição dos bens, e sendo assim, condições para o desenvolvimento dessa participação devem ser oferecidas.

Dessa forma, participar no sentido de proferir opinião, não significa ser cidadão, pois nesse caso a cidadania não está sendo plenamente exercida. Para realmente ser considerado um cidadão de direitos, o sujeito deve participar ativamente das decisões da comunidade, da cidade, do Estado e do país, propondo soluções para os problemas em todos os âmbitos do convívio social.

No caso do Brasil, segundo as inferências de Carvalho (2002), talvez tenha sido essa a premissa básica para que os direitos sociais tenham precedido todos os outros. Carvalho (2002) acredita que embora proferindo sua opinião, por meio das greves e manifestações, a pequena parte da população que se manteve à frente desses fatos não conseguiu de fato conquistar seus direitos, pois para o autor, na verdade, esses direitos acabaram sendo concedidos pelo Estado evitando assim maiores transtornos. Pensando nessa ótica, para o Estado, era preferível conceder o que não faria diferença e assim manter o *status quo*.

Dentro da perspectiva acima entram os direitos sociais, pois são eles os que mais “valorizam” a população, pois concede a ela o direito de usufruir de forma “igualitária” dos bens e riquezas comuns que o Estado possui. Como exemplo temos o dilema vivido pelo operariado na Era Vargas: liberdade sem proteção ou proteção sem liberdade. Carvalho (2002) afirma que ao agir na regulamentação dos

sindicatos, Vargas conduziu de modo bastante estratégico, as insatisfações da classe operária e levou os trabalhadores a se sentirem parte de um projeto nacional, ainda que eles fossem apenas instrumentos nas mãos da elite brasileira (e estrangeira). O peleguismo[19] foi o ápice da relação dos sindicatos com o Estado.

Talvez essa ordem de aquisição dos direitos apresentada na constituição da cidadania no Brasil contribuiu para que o país enfrentasse dificuldades para desenvolver uma identidade nacional e formar o cidadão. A inversão da aquisição dos direitos pode ainda ter favorecido a visão corporativa dos interesses coletivos, onde segundo Carvalho (2002),

> [...] os benefícios sociais não eram tratados como direitos de todos, mas como fruto da negociação de cada categoria com o governo. A sociedade passou a se organizar para garantir os direitos e os privilégios distribuídos pelo Estado (CARVALHO, 2002, p.223).

Como já sabemos, Marshall (1967) acredita que os países que não vivenciaram a ordem evolutiva dos direitos, que segundo ele corresponde na aquisição dos direitos civis, seguido pelos políticos e por fim pelos sociais, têm maiores dificuldades no desenvolvimento dos demais elementos de participação e formação da identidade nacional. Porém, não é fácil pensar em uma ordem lógica e cronológica igual para todos os países. A tentativa de criação de uma teoria universal na construção da cidadania é complexa, não podendo desconsiderar a historicidade e a especificidade de cada país (SILVA, 2012).

Acreditamos que a mobilização da população em busca de direitos por meio das greves e das manifestações é o início da caminhada em prol do exercício da cidadania. Entretanto, acreditamos também que a população deve se unir na busca de benefícios comuns a todos, não deixando que apenas uma pequena parcela dessa população fique à frente das reivindicações, como na maioria das vezes parece ter acontecido no Brasil. Além disso, a população não pode se contentar com

---

[19] O Peleguismo deriva do termo Pelega que baseado no seu conceito central, gerou um significado pejorativo . Sig: Pele de carneiro a que se deixa ainda aderente a lã. Pop. e Pej.: Denominação dada a membros de sindicatos que agiam sob inspiração do Ministério do Trabalho ou de políticos ditos trabalhistas; Fig. Pessoa servil, dominada por outra; capacho (Dicionário online de Português http://www.dicio.com.br/pelego/ acessado em: 04/07/2013). No sindicalismo pelego é aquele “companheiro” que se deixou levar pelas insistências patronais ou que se desviou da verdadeira luta da classe a favor dos opressores. Líder sindical que fazia a mediação entre os interesses do Estado e as reivindicações dos operários. Tinha como missão apresentar as medidas governamentais aos operários de um modo convincente a fim de conseguir a paz social com a conivência da classe operária (http://www.revistaovies.com/reportagens/2011/01/o-sindicalismo-e-o-peleguismo-desde-sempre/ Acessado em: 04 de Julho de 2013)

satisfações momentâneas, devendo permanecer continuamente na luta pelos direitos.

3.2 O DIREITO À SAÚDE É DIREITO DE TODOS.

No decorrer do texto já vimos que a cidadania segundo Marshall (1967) é desdobrada em três conjuntos de direitos, os civis, os políticos e os sociais. O conjunto de direitos que agora nos interessa é o constituído pelos direitos sociais.[20]

Historicamente tais direitos estão associados à participação na riqueza social de um país e são entendidos como direitos mínimos e universais, referindo-se a bens e serviços essenciais aos cidadãos. Como nos diz Carvalho (2002), os direitos sociais permitem às sociedades reduzir os excessos de desigualdades produzidos pelo capitalismo e garantir um mínimo de bem-estar a todos. São baseados na ideia da justiça social.

Marshall ao referir-se aos direitos sociais, afirma que o elemento social se refere aquele direito que vai desde o direito de um mínimo de bem estar econômico e segurança, ao direito de participar na herança social e viver como um ser civilizado dentro dos padrões estabelecidos pela sociedade.

Considerando que sua análise foi sobre a sociedade inglesa, Marshall (1967) relacionou o surgimento dos direitos sociais com a *Poor Law*[21], um sistema social de ajuda aos pobres criado na Inglaterra desde a Idade Média. A partir de sua análise, Marshall (1967) afirma que no final do século XIX e início do século XX, o código industrial se tornou a base dos direitos sociais e a educação das crianças estava diretamente relacionada com a cidadania. Ampliando o olhar, percebemos que os direitos sociais emergiram e desenvolveram-se nos países em que o capitalismo primeiro avançou. Foi num contexto de industrialização e urbanização que os direitos sociais surgiram, para atender as necessidades impostas pela sociedade que vivia dentro desse contexto.

Após a Segunda Guerra Mundial passou-se a questionar as condições humanas e a necessidade de garantia dos direitos humanos, iniciando uma

---

[20] Sendo a saúde um direito social, torna-se necessário para a pesquisa um aprofundamento do mesmo.

[21] Esse sistema vigorou até o surgimento do Estado de Bem Estar moderno depois da Segunda Guerra mundial, quando o Estado começou a gerenciar essas esferas da sociedade. Contudo, a Poor Law, acabou sendo gradativamente substituída (MARSHAL, 1967).

verdadeira atribuição de sentido concreto aos direitos sociais. Esse movimento iniciou-se em 1948 com a Declaração Universal dos Direitos Humanos. Nesse documento, sobre a saúde, temos:

> Art. XXV – Todo homem tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência em circunstâncias fora de seu controle (ONU, 1948, pg.11).[22]

A partir desse documento cada país procurou garantir internamente cada vez mais os direitos fundamentais aos seus cidadãos. O direito social à saúde é um direito individual de cada cidadão, mas é prioritariamente também um direito coletivo, pois a saúde de um, influencia na saúde da coletividade, e por isso está locado como direito social e não civil, devendo dessa forma ser atendido por meio de ações do Estado.

O direito à saúde é reconhecido não só em Constituições de cada país, como também em declarações internacionais. A Convenção de Viena, realizada em 1969, é o tratado internacional que disciplina a questão da integração entre o ordenamento jurídico internacional e o ordenamento jurídico nacional.

Como direitos sociais definidos no Brasil pela Constituição de 1988 temos a educação, saúde, trabalho, moradia, lazer, segurança e previdência social, proteção à maternidade e à infância e assistência aos desamparados. Trazendo o foco para nossa pesquisa, a saúde como um direito social está intimamente vinculada ao direito à vida, sendo assim um dos bens intangíveis mais preciosos do ser humano, digna de receber a tutela estatal.

A atenção à saúde constitui um direito de todo cidadão e um dever do Estado, devendo estar plenamente integrada às políticas públicas governamentais. Esse direito à saúde deve ser entendido em sentido amplo, no sentido de assegurar um mínimo de dignidade e bem-estar ao indivíduo. O Estado deve desenvolver ações que primem pelo cumprimento desse direito.

---

[22] Disponível em: http://unicrio.org.br/img/DeclU_D_HumanosVersoInternet.pdf Acessada em 19 de Agosto de 2013.

3.3 O DIREITO A SAÚDE NO BRASIL

O Ministério da Saúde, no documento intitulado como “Caminhos do Direito a Saúde no Brasil” [23] (2007), afirma que no Brasil, durante o período da Ditadura Militar (1964 -1985), o direito à saúde foi incorporado como o “direito” à assistência em saúde dos trabalhadores com vínculo formal no mercado de trabalho. Assim se contemplava somente a parcela da população que contribuía para a previdência social e privava a maioria da população ao acesso às ações de saúde, restando a elas a assistência prestada por entidades filantrópicas. Nos períodos que precedem a criação do SUS a saúde significava apenas serviços de restabelecimento à saúde e, mesmos assim, não era voltada para todos os cidadãos. Nesse contexto, a saúde não era considerada um direito, mas tão somente um benefício da previdência social, como a aposentadoria, o auxílio-doença, a licença-maternidade e outros.

O documento do Ministério ainda afirma que, coerentes com essa visão, durante muito tempo, as políticas públicas de saúde tiveram como objetivo propiciar a manutenção e recuperação da força de trabalho, necessárias à reprodução social do capital. Ao mesmo tempo, o setor saúde era marcado por forte cunho assistencialista e curativo, de caráter crescentemente privatista, com pouca prioridade para as políticas de promoção da saúde.

Segundo Paim (2007) todo esse panorama gerou um grande descontentamento fazendo deflagrar movimentos sociais que lutavam por melhores condições de vida. Com o apoio dos profissionais da saúde, surgiu então o movimento da Reforma Sanitária, que tinha como bandeira: “saúde é direito; saúde é democracia”. Suas primeiras articulações ocorreram no início da década de 1960, sendo reprimido pelo golpe militar de 1964. Foi somente no fim da década de 70, início dos anos 80 que o movimento voltou com força total e se mantém até os dias de hoje.

O mesmo autor afirma ainda que a Reforma Sanitária se efetivou com a realização, em 1986, da 8ª Conferência Nacional de Saúde, bem como com a promulgação da Constituição Federal de 1988. Na 8ª Conferência Nacional de Saúde, pela primeira vez na história do país, a sociedade civil teve a possibilidade

[23] A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: http://www.saude.gov.br/bvs Acessado em 07 de Dezembro de 2013.

de participar contribuindo assim no processo de construção de um novo ideário para a saúde.

A Reforma Sanitária foi resultante de um longo movimento da sociedade civil brasileira em defesa da democracia, dos direitos sociais e de um novo sistema de saúde. O movimento da Reforma Sanitária pode ser considerado uma das grandes vitórias da sociedade brasileira no sentido de cidadania, pois, mesmo sendo articulada por uma pequena parcela da população que possuíam ideias comuns para o campo da saúde, garantiu à população brasileira em geral, direitos sustentados até os dias de hoje.

Esse processo afirmou a garantia do direito à saúde como componente da cidadania, indicando assim um conjunto de mudanças no Estado, na sociedade e na cultura que visasse à melhoria da situação de saúde e das condições de vida da população. Como parte dessa mudança, propôs a instalação de um *Sistema Único de Saúde* (SUS), democrático e descentralizado, com responsabilidades estabelecidas para as três esferas de governo (PAIM E TEIXEIRA, 2007).

Paim (2007) define a Reforma Sanitária Brasileira como sendo,

> [...] uma reforma social centrada nos seguintes elementos constituintes: a) democratização da saúde, o que implica a elevação da consciência sanitária sobre saúde e seus determinantes e o reconhecimento do direito à saúde, inerente à cidadania, garantindo o acesso universal e igualitário ao Sistema Único de Saúde e participação social no estabelecimento de políticas e na gestão; b) democratização do Estado e seus aparelhos, respeitando o pacto federativo, assegurando a descentralização do processo decisório e o controle social bem como fomentando a ética e a transparência nos governos; c) democratização da sociedade e da cultura, alcançando os espaços da organização econômica e da cultura, seja na produção e distribuição justa da riqueza, seja na adoção de uma "totalidade de mudanças" em torno de um conjunto de políticas públicas e práticas de saúde, seja mediante uma reforma intelectual e moral (PAIM, 2007, pg. 151).

Segundo o Ministério da Saúde (2007), o conceito de saúde sustentado pela Reforma Sanitária relaciona-se com a possibilidade de uma melhor qualidade de vida, atentando-se para as questões que incidem sobre a saúde do individuo, como moradia, trabalho, transporte, lazer, educação e etc, sendo esses os fundamentos levados em consideração na construção da nova Constituição Brasileira de 1988, no que tange a temática da saúde.

A partir da promulgação da nova Constituição, o direito à saúde ganhou então, destaque no Brasil. A Constituição afirma a saúde como “direito de todos e dever do Estado”. O artigo 3 da Lei Orgânica da Saúde de 1990 (lei n.º 8.080/90)

define como fatores determinantes e condicionantes da saúde a “alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais”. Esses fatores são recorrentes em diferentes documentos, afirmando, portanto uma concepção de saúde bem mais ampla do que a restrita noção de acesso aos serviços de saúde. Foi essa mesma Constituição que criou SUS, que como já mostramos, foi regulamentado pelas Leis nº 8.080/1990 e 8.142/1990. A Constituição de 1988 foi um marco para a história da saúde no nosso país.

3.4 O SUS

A proposta do SUS está vinculada à ideia de que todos têm direito à saúde, visto que a saúde é um direito social estando diretamente ligada à cidadania. A promoção e proteção à saúde da população, a prevenção de doenças e agravos à saúde e seus fatores de risco, assim como a garantia de acesso à assistência, são objetivos centrais do SUS.

Segundo a Lei nº 8.080/90, o SUS “é de caráter público, formado por uma rede de serviços regionalizada, hierarquizada e descentralizada, com direção única em cada esfera do governo e sob controle dos seus usuários”. Segundo esse documento todos os sistemas de saúde do Brasil devem seguir a mesma doutrina e os mesmos princípios de organização. Os princípios e diretrizes SUS constituem as bases para o funcionamento e organização do sistema de saúde em nosso país.

Os princípios do SUS, apresentados explicitamente no Art. 196 da Constituição Federal (BRASIL, 1988), podem ser divididos em ético/políticos e organizativos. Como princípios ético/políticos do SUS, temos:

> [...] *a universalidade* do acesso, compreendida como a garantia de acesso aos serviços de saúde para toda a população, em todos os níveis de assistência, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; *a integralidade* da atenção, como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, em todos os níveis de complexidade do sistema; *a eqüidade*, que embasa a promoção da igualdade com base no reconhecimento das desigualdades que atingem grupos e indivíduos, e na implementação de ações estratégicas voltadas para sua superação; e *a participação social*, que estabelece o direito da população de participar das instâncias de gestão do SUS, por meio da gestão participativa, e dos conselhos de saúde, que são as instâncias de

> controle social. Essa participação social significa a co-responsabilidade entre Estado e sociedade civil na produção da saúde, ou seja, na formulação, na execução, no monitoramento e na avaliação das políticas e programas de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007, pg. 8-9).

Como princípios organizativos temos:

> [...] *a intersetorialidade*, que prescreve o comprometimento dos diversos setores do Estado com a produção da saúde e o bem-estar da população; *a descentralização* político-administrativa, conforme a lógica de um sistema único, que prevê, para cada esfera de governo, atribuições próprias e comando único; *a hierarquização e a regionalização*, que organizam a atenção à saúde segundo níveis de complexidade – básica, média e alta –, oferecidos por área de abrangência territorial e populacional, conhecidas como regiões de saúde; *e a transversalidade*, que estabelece a necessidade de coerência, complementaridade e reforço recíproco entre órgãos, políticas, programas e ações de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007, pg. 9)

A União financia a maior parte da saúde pública no país, sendo a metade dos gastos por conta do governo federal e a outra metade pelos estados e municípios. O município é o principal responsável pela saúde pública de sua população. A partir de 1996, com a assinatura do Pacto pela Saúde, o gestor municipal assume a plenitude da gestão das ações e serviços de saúde oferecidos em seu território. A porta de entrada do sistema de saúde deve ser preferencialmente a atenção básica (postos de saúde, centros de saúde, Unidades de Saúde da Família, etc.). A partir desse primeiro atendimento, o cidadão será encaminhado para os outros serviços de maior complexidade da saúde pública (hospitais e clínicas especializadas).

As ações do SUS estão pautadas no modelo de atenção integral à saúde ligado promoção, prevenção e recuperação da mesma. Fazendo uma aproximação com o campo da Educação Física, podemos destacar as ações de promoção de saúde ligadas à educação em saúde, adoção de estilos de vida saudáveis, alimentação, e outras sendo essas diretamente vinculadas ao estímulo da prática de atividade física/prática corporal no sentido de melhorar a qualidade de vida.

Não podemos deixar de salientar que essa visão sugere que a prática de atividade física acaba sendo responsável por desestimular hábitos não saudáveis. Porém, vale lembrar que não é isso que deve ser considerado, pois entendido dessa maneira, o sistema promove um mascaramento dos problemas sociais uma vez que passa para o indivíduo a responsabilidade pela sua saúde (FREITAS, 2007).

Em um país marcado por profundas desigualdades sociais, a política que o SUS propõe constitui-se em um desafio muito grande. Torna-se de suma importância oferecer a população serviços de saúde de boa qualidade e ações de prevenção e promoção da saúde com a finalidade de fortalecer o setor público e enfraquecer os espaços em que a saúde é vista como mercadoria, comprometendo-se assim com a promoção da saúde e não somente com a assistência em saúde. Em um sentido mais profundo, o Ministério da Saúde (2007) salienta que a criação do SUS foi pensada como um projeto civilizatório em que a saúde, em vez de mercadoria ao alcance de poucos constitua-se – ao lado da educação, moradia, trabalho, segurança, lazer, ambiente natural e social saudável, e outras conquistas que conformam uma vida propriamente humana – em direito de todos.

Isto posto, a consolidação do SUS, como um sistema de atenção e cuidados em saúde, acaba não sendo suficiente para a efetivação do direito da população à saúde. É evidente que um sistema de assistência possui muitos limites, e para que sua efetivação seja mais eficaz, torna-se necessária uma articulação intersetorial do Estado sobre os determinantes sociais de saúde, ou seja, sobre o conjunto dos fatores de ordem econômico-social e cultural que exercem influência direta ou indireta sobre as condições de saúde da população (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

Retomando a discussão que abordamos no inicio desse capítulo podemos perguntar: Será que o SUS pode ter sido mais uma concessão do Estado, no sentido de calar a população frente à luta por direitos sociais? Pensamos que não, pois a criação do SUS foi fruto de uma reforma dirigida pela sociedade e efetivamente contribuiu para a possibilidade de um acesso mais igualitário por parte de toda a população aos serviços de saúde. Como salientamos o SUS é fruto de um processo de mudanças iniciado pela Reforma Sanitária, e esse movimento foi e continua sendo muito importante no que tange a aquisição de direitos relacionados à saúde brasileira.

Pensamos que as análises de Carvalho (2002), ao referir-se a aquisição de direitos como sendo “concessões do Estado”, foram baseadas principalmente na época da Independência e dos governos ditatoriais. Movimentos como o da Reforma Sanitária, contradizem esse pensamento e demonstram que mesmo nem sempre contando com a maioria da população, a luta por direitos é válida e possível.

Necessitamos ainda de muita coisa, porém, o primeiro passo foi dado: a criação do sistema. Infelizmente nem todas as cidades possuem condições financeiras adequadas para manutenção de uma infraestrutura que permita um atendimento de qualidade. Mas as lutas continuam e a todo o momento estamos nos deparando com a população clamando por melhorias. Como exemplo, temos todas essas manifestações[24] que vêm acontecendo por todo o país, em busca de melhorias para a população, como também em busca de uma política mais justa e menos corrupta.

O SUS, quando criado para o cumprimento do papel do Estado frente ao dever de oferecer à população o que lhe é direito, neste caso, a saúde, torna-se um forte aparato estatal. Porém, para que isso se consolide, suas diretrizes e seus princípios devem ser levados em consideração e sempre colocados como premissa básica.

Entretanto, em um país enorme, com diferenças sociais, econômicas e culturais visíveis, essa tarefa se torna um pouco mais complicada. Partindo do conceito atual que temos de saúde, conceito esse trabalhado no próprio SUS, garantir à população esse direito se torna mais difícil que o imaginado. Não basta apenas suprir as necessidades de uma saúde física, é necessário ainda suprir com as necessidades de todas aquelas dimensões que interferem diretamente na vida do indivíduo, atingindo assim indiretamente a sua saúde.

Para isso, necessitamos de um contexto político menos corrupto e que contribua para uma verdadeira equidade em todos as dimensões da vida de um indivíduo. Em contrapartida, além das ações do Estado em prol desses benefícios, é imprescindível que o cidadão cumpra também com o seu papel de sujeito ativo no sentido de exercício da cidadania, fiscalizando as políticas públicas existentes, propondo mudanças e clamando o restante da população para uma participação política mais efetiva.

---

[24] Em junho de 2013 eclodiram diversas manifestações populares por todo o Brasil. O povo saiu para a rua protestar principalmente contra a corrupção e a favor de melhores condições de vida. Os jornais de todo o mundo noticiaram o ocorrido. Um grande número saiu às ruas em várias capitais e cidades brasileiras, promovendo assim um ato em busca de democracia que há muito tempo não acontecia no país. Ver mais: Quase 2 milhões de brasileiros participaram de manifestações em 438 cidades. Agência Brasil Correio Braziliense (21 de junho de 2013). Acessada em: 22 de janeiro de 2014; Jornal folha de São Paulo: http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2013/06/1295474-manifestantes-farao-atos-em-quatro-paises-europeus-em-apoio-a-protestos-no-brasil.shtml Acessada em: 22 de janeiro de 2014.

3.5 SAÚDE: DIREITO INDIVIDUAL OU COLETIVO?

Como já salientamos, a OMS reconhece a saúde como um dos direitos fundamentais de todo ser humano, independentemente de sua condição social ou econômica e de sua crença religiosa ou política. E refere-se à saúde como o *"completo bem-estar físico, mental e social".*[25] No entanto, sabemos que este conceito é bastante complexo tendo em vista que a expressão "bem-estar" e altamente subjetiva. Entretanto, a saúde não pode ser conceituada como algo estático, pois faz parte de um sistema social no qual estamos inseridos e interagimos, estando diretamente ligada à qualidade de vida (UBUJAMRA, 2009).

Para que o bem-estar físico, psíquico e social possa ser alcançado, devem ser disponibilizados aos cidadãos outros fatores determinantes e condicionantes, como os direitos à proteção do meio ambiente, ao saneamento, à moradia, à educação, ao bem-estar social, à seguridade social, à assistência social, ao acesso aos serviços médicos e à saúde física e psíquica.

A saúde, definida como direito contém inevitavelmente aspectos coletivos e individuais. Segundo Silva (2009) como direito individual, o direito à saúde privilegia a liberdade em sua mais ampla acepção. As pessoas são livres para escolher sua relação com o meio, o estilo de vida que querem levar, as condições de trabalhos, os recursos médicos-sanitários que irão utilizar quando doentes, o tipo de tratamento, entre outros. O próprio profissional age a partir do seu direito individual de escolher o melhor tratamento a ser disponibilizado ao seu paciente.

Já analisando pelo aspecto coletivo, o direito à saúde prima por oferecer igualmente, a todos os indivíduos de uma sociedade, os benefícios para o gozo de uma boa saúde. Todos devem poder usufruir igualmente as vantagens da vida em sociedade assim como afirma Silva (2009),

> [...] para preservar-se a saúde de todos é necessário que ninguém possa impedir outrem de procurar seu bem-estar ou induzi-lo a adoecer. Essa é a razão das normas jurídicas que obrigam à vacinação, à notificação, ao tratamento, e mesmo ao isolamento de certas doenças, à destruição de alimentos deteriorados e, também, ao controle do meio ambiente, das condições de trabalho. A garantia de oferta de cuidados de saúde do mesmo nível a todos que deles necessitam também responde à exigência da igualdade. (SILVA, 2009, pg. 13)

[25] Documento da OMS, Basic Documents, Forty-fifth edition, Supplement, October 2006. Disponível em: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf Acessado em 22 de Junho de 2013.

Dessa forma, enquanto direito coletivo, a saúde depende do estágio de desenvolvimento do Estado, pois apenas o Estado desenvolvido poderá garantir medidas de proteção e cuidados iguais para a recuperação da saúde para todo o povo (SILVA, 2009).

Corroborando com Silva (2009), Machado (2009) também afirma que a saúde é além de coletivo, um atributo individual. Segundo o autor cada pessoa tem o direito de exigir do Estado condições para gozar de boa saúde, porém, sua garantia é realizável prioritariamente por meios coletivos. É quase impossível garantir condições de saúde a um indivíduo isolado sem que esta garantia seja extensiva para todos aqueles que partilham com ele a mesma sociedade civil.

Não podemos deixar de lembrar que o próprio cidadão é um dos responsáveis pelos cuidados com a sua saúde. A Lei nº 8.080/90 em seu artigo 2, não exclui do cidadão esse dever, dizendo, portanto que “o dever do Estado não exclui o das pessoas, das famílias, das empresas, da sociedade”.

Dessa maneira, poderíamos pensar que o dever de prevenção imposto pela lei citada acima recomenda o sujeito a ter uma atitude mais comprometida com sua própria saúde, e caso não tenha, acaba sendo culpado pela condição de sua saúde. Essa problemática é levantada por Palma (2001), quando o autor entra na discussão sobre “culpabilização do indivíduo”.

O discurso da culpabilização do indivíduo está pautado na perspectiva de que o indivíduo, a partir das informações que recebe do meio através dos meios de comunicação e das campanhas de saúde pública, deve adotar hábitos saudáveis, sendo que esses hábitos, no contexto da Educação Física, são denominados “estilo de vida ativo”. Caso o indivíduo não adote esses hábitos, ele será considerado culpado por não seguir os preceitos veiculados socialmente inferindo assim na sua condição de saúde. (BAGRICHEVSKY et. al., 2007)

Entretanto, algumas vezes esse comprometimento com a própria saúde não acontece. O “pré-fumante”, por exemplo, é consciente do mal que o cigarro faz, entretanto, por vontade própria, introduz-se na prática e continua fumando. Alguns deveres já estão mais enraizados no pensamento da sociedade, como por exemplo, o dever dos pais e responsáveis em levar os filhos menores às campanhas de vacinação, a obrigação do viajante em vacinar-se no caso de visita a locais considerados de risco, entre outros.

Isso posto, adentramos em uma discussão que será mais evidenciada no terceiro capítulo de revisão dessa dissertação, sobre ‘estilo de vida ativo’. A partir dessa concepção, ocorre uma centralidade no indivíduo, colocando-o como responsável por sua saúde, enfatizando a participação do mesmo na “moldagem” de seus comportamentos e hábitos de vida, no sentido de se constituírem enquanto escolha. Porém, em alguns contextos “escolher” um “estilo de vida saudável” não é apenas uma questão de escolha. Não podemos deixar de salientar que ao exercer sua cidadania, o individuo deve sempre questionar o quanto aquele estilo que está sendo colocado como ideal, realmente se encaixa no seu perfil.

Salvo a complexidade dos assuntos acima abordados, não podemos esquecer que sendo a saúde um bem indissociável à vida, o indivíduo deve agir de todas as maneiras possíveis para garanti-la, sendo por intermédio do Estado ou por prevenção própria. O que não podemos deixar acontecer é a redução da saúde a um bem de consumo. Machado (2009) nos convida para uma reflexão sobre a associação do direito à saúde ao mundo capitalista. Segundo ele, associar a saúde ao consumo implica necessariamente entrar na discussão sobre a transformação do sistema de saúde em um plano de saúde. Essa associação individualiza a saúde reduzindo-a a ações pontuais (MACHADO, 2009).

O autor ainda salienta que este é um dilema enfrentado pelos diversos setores sociais como também por muitas esferas de governo. Machado (2009) afirma que ao mesmo tempo em que se garante o direito individual a bens específicos em saúde, também se limita a possibilidade da ampliação do direito à saúde ao conjunto da sociedade, e, principalmente, limita-se a ampliação da própria concepção sobre saúde.

Por fim, é de suma relevância reafirmar a importância do direito à saúde, pois este se revela como condição fundamental para o exercício dos outros direitos sociais. Ao adotarmos o direito à vida como um valor a ser defendido, assumimos o direito à saúde como ponto indiscutível das políticas sociais, como característica ‘indispensável’ no exercício da cidadania.

3.6 UMA BREVE REFLEXÃO

Pensar sobre cidadania é inquestionavelmente pensar também sobre direitos. Marshall (1967) afirma que a cidadania é construída a partir da aquisição linear de três direitos: civil, político e social. Carvalho (2002) nos aponta que no Brasil, essa ordem aconteceu de forma diferente. Embora Marshall (1967) acredite que os países que não vivenciaram a ordem evolutiva dos direitos têm maiores dificuldades no desenvolvimento dos demais elementos de participação e formação da identidade nacional, não podemos esquecer que todos os outros fatores que rondam a construção de uma sociedade como o contexto histórico no qual ela foi criada e suas singularidades, não podem deixar de ser levados em consideração. Não é fácil pensar em uma ordem lógica e cronológica igual para todos os países, afinal a criação de uma teoria universal na construção da cidadania é bastante complexa.

Ao pensarmos na saúde como um direito social, é essencial que cada cidadão compreenda que lutar por seus direitos é fundamental para o exercício da sua cidadania. É dever do cidadão exigir políticas que contemplem esses direitos, bem como participar ativamente da formulação dessas políticas, de sua execução como também do controle de seus resultados (PATEMAN 2002, *apud,* AREIAS 2011). No Brasil, vimos que o movimento pela Reforma Sanitária foi essencial para a aquisição de direitos que até então não eram legitimados. A Constituição de 1988 e a criação do SUS foram pontos altos dessa reforma.

Não importa se os direitos foram sendo conquistados ou concedidos, direitos devem ser exercidos contribuindo assim para a formação de um cidadão.

4. POLÍTICA, PLANEJAMENTO E GESTÃO

O exercício da cidadania na luta por direitos é de grande importância para a implementação das políticas públicas, assim como o processo de aquisição dos direitos também é dependente das políticas públicas. Se analisarmos os modelos de gestão da saúde na maioria dos governos atuais, perceberemos que estamos presenciando o surgimento da tentativa de uma gestão inovadora, de cunho democrático, descentralizado e participativo, onde o trabalho intersetorial é amplamente valorizado. O modelo do SUS, por exemplo, assim como a própria cidade de Vitória, parece contar com essa nova forma de gestão.

Desse modo, esse capítulo tem como principal objetivo nos aproximar dessa temática. Pensamos então ser necessário demarcarmos qual o modelo de Estado que estamos levando em consideração, como também salientarmos sobre algumas das concepções de política. Conceitos que permeiam a área como política pública e política social também serão evocados, assim como não podemos deixar de transitar sobre dois importantes modelos de gestão que circulam nas discussões sobre política internacional, como também a nacional: o gerencial e o societal. Essa discussão é imprescindível uma vez que estaremos no campo da gestão pública, e a compreensão sobre qual modelo de gestão a SEMUS trabalha é indispensável para entendermos suas ações.

4.1 O MODELO DE ESTADO EM GRAMSCI

O conceito de Estado está na maioria das vezes vinculado aos sistemas políticos e econômicos vigentes de cada época, podendo ser considerado uma força social que se apresenta como um elemento pacificador de interesses divergentes. Nossa intenção não é fazer uma grande abordagem sobre os diferentes modelos de Estado existentes, visto a complexidade desse fato. Iremos apenas apontar aspectos de um importante modelo de Estado que está presente em muitas políticas públicas brasileiras: O modelo de Estado de Gramsci acerca da concepção de Estado Moderno e sociedade civil.

Não podemos falar sobre o Estado em Gramsci, sem antes ao menos citarmos Marx. A concepção de Marx sobre a definição de Estado articula-se às determinações sócio-históricas de sua época, e pensar a concepção marxista é compreender que o Estado é fruto da divisão social do trabalho e por isso, nem sempre existiu. Para Marx, o Estado é configurado enquanto um fenômeno advindo da luta de classes. A configuração básica de classes nos termos expostos pelo marxismo se expressa, de maneira simplificada, num modelo dicotômico: de um lado, os proprietários ou possuidores dos meios de produção, de outro, os que não os possuem. Segundo Marx, para manter o domínio, a classe dominante se utilizaria do aparato estatal para se sobrepor a classe dominada. (QUINTANEIRO et al., 2002)

Gramsci traduz seu pensamento político a partir das contribuições de Marx. Para Gramsci, o Estado capitalista se "ampliou" não sendo mais apenas um simples "comitê executivo da burguesia" como Marx e Engels o definiram. O Estado viu a necessidade de se abrir para novas demandas sociais que foram surgindo, formando então o que Gramsci chamou de “Estado Ampliado”. (COUTINHO, 2008)

Segundo Coutinho (2008), Gramsci salienta que a "ampliação" do Estado caracteriza as sociedades do tipo "ocidental", em contraste com as de tipo "oriental". Na leitura de Gramsci, “ocidental” e “oriental” não diz respeito a uma definição territorial ou cultural. Para o filósofo, as sociedades ocidentais são aquelas que possuem uma sociedade civil organizada, enquanto os orientais são aquelas onde ainda existe um Estado "restrito", com clara predominância da coerção como recurso político, o que resulta da debilidade da "sociedade civil". Coutinho (2008) afirma que a sociedade brasileira, depois de um longo tempo de "orientalidade", é hoje uma sociedade "ocidental" e, portanto, possui um Estado "ampliado".

Para Coutinho (2008) nas sociedades "ocidentais", onde o Estado se "ampliou", as lutas por transformações radicais travam-se no âmbito da "sociedade civil",

> “[...] visando à conquista do consenso da maioria da população, mas se orientam, desde o início, no sentido de influir e de obter espaços no seio dos próprios aparelhos do Estado, já que esses são agora permeáveis à ação das forças em conflito” (COUTINHO, 2008, p. 40).

Dessa forma, em Gramsci (2000, p.255), “[...] por Estado deve-se entender, além do aparelho de governo, também o aparelho ‘privado’ de hegemonia ou sociedade civil”. O Estado Ampliado é assim, formado pela sociedade civil e pela sociedade política que compõem a superestrutura e uma sociedade econômica. Nessa articulação “o Estado é o instrumento para adequar a sociedade civil à estrutura econômica” (GRAMSCI, 2000 *apud* CORREIA, 2005, p.06).

Como sociedade política para Gramsci temos, segundo Coutinho (2006, p.35), “os aparelhos de coerção sob controle das burocracias executiva e policial-militar, ou seja, com o governo em sentido estrito”. Já sociedade civil seria aquela representada pelo conjunto de organismos responsáveis pela elaboração/difusão de ideologias ou aparelhos privados de hegemonia, e compreenderia as escolas, as igrejas, os partidos políticos, os sindicatos, a organização material da cultura (revistas, jornais, meios de comunicação de massa), dentre outros. “É por meio deles que as massas populares, e em particular a classe operária, organizam-se de baixo para cima, a partir das bases, constituindo o que poderíamos chamar de sujeitos políticos coletivos” (COUTINHO, 2008 p. 24 e 25). Ambas as esferas – sociedade civil e sociedade política – compõem o Estado, e “servem para conservar ou promover uma determinada base econômica de acordo com os interesses de uma classe fundamental” (COUTINHO, 2006, p.36).

Para a pesquisa em questão utilizaremos a concepção de Estado ampliado e de participação da sociedade civil de Gramsci. A partir dessa leitura olharemos a possibilidade da participação social nas políticas públicas de saúde, no intuito do exercício de cidadania e da busca de direitos, neste caso, o direito à saúde. No próximo tópico discutiremos sobre alguns canais existentes que possibilitam a participação da sociedade civil no contexto do Estado Ampliado defendido por Gramsci: As Políticas Públicas e as Políticas Sociais.

4.2 POLÍTICA PÚBLICA X POLÍTICA SOCIAL

A concepção de política passou por inúmeras mudanças e avanços relacionando-se com o controle da vida humana em sociedade (HEIDEMANN, 2009).

O autor supramencionado defende que política,

> [...] em sua acepção mais operacional, [...] é entendida como ações, práticas, diretrizes políticas, fundadas em leis e empreendidas como funções de Estado por um governo, para resolver questões gerais e específicas da sociedade. Nesse sentido, o Estado passa a exercer uma presença mais prática e direta na sociedade, sobretudo por meio do uso do planejamento, que pressupõe políticas previamente definidas tanto de alcance geral ou "horizontal" (por exemplo, política econômica), como de alcance ou impacto "setorial" (por exemplo, política de saúde) (HEIDEMANN, 2009, p. 29).

Diante do exposto, consideramos o conceito de política como sendo ações e diretrizes, fundamentadas em leis e empreendidas como funções de Estado por um governo, com a finalidade de resolver questões gerais e específicas de uma sociedade.

Em uma leitura mais atenta percebemos que os conceitos de políticas e políticas públicas em Heidemann (2009) são muito próximos, uma vez que o autor afirma que as últimas correspondem a um conjunto de ações desencadeadas pelo Estado em relação a um determinado setor ou atividade com vistas ao bem coletivo, podendo ser articulada com setor privado e organizações não governamentais (ONGs). Esse conceito possui um grande avanço quando descaracteriza as políticas públicas enquanto ações exclusivas do Estado. A partir dessa visão a empresa privada e a população são convocadas a participar desse processo. Diante disso, percebemos que os conceitos de políticas públicas defendidos por Heidemann (2009) são pensados para o desenvolvimento, e, geralmente, o econômico. Já Belloni et. al. (2003, p. 10), entendem políticas públicas como “o conjunto de orientações e ações de um governo com vistas ao alcance de determinados objetivos”.

Heidemann (2009, p. 34) estabelece um ciclo conceitual das políticas públicas compreendido em quatro etapas:

> [...] a primeira refere-se às decisões políticas tomadas para resolver problemas sociais previamente estudados. Depois de formuladas, as políticas decididas precisam ser implementadas, pois sem ações elas não passam de boas intenções. Numa terceira etapa, procura-se verificar se as partes interessadas numa política foram satisfeitas em suas demandas. E, enfim, as políticas devem ser avaliadas, com vistas a sua continuidade, aperfeiçoamento, reformulação ou, simplesmente, descontinuidade.

Esse ciclo apresentado pelo autor corresponde a um conjunto de ações que se interligam com vistas ao cumprimento de um fim do Estado.

Outros importantes conceitos citados por Heidemann (2009), que com o avançar das discussões no campo das políticas públicas, foram se distinguindo e ganhando destaque, são os conceitos de política de Estado e de políticas sociais. Política de Estado corresponde às ações políticas estáveis e inflexíveis, que obrigam todos os governos de um Estado a implementar uma política, independente dos contextos históricos e da continuidade ou descontinuidade dos mandatos, como por exemplo, o SUS.

As políticas sociais correspondem às ações do ponto de vista setorial ou de uma questão particular da sociedade. A educação, a saúde, o transporte, o esporte, o lazer etc. enquadram-se nesse setor. As políticas sociais têm na maioria das vezes o intuito de minimização das desigualdades sociais (HEIDEMANN, 2009). Assim, percebemos que a saúde está vinculada tanto a uma quanto a outra, pois por mais que exista uma política de Estado que abarque a saúde de forma geral, ela tem seus pontos particulares relacionados a regiões específicas.

Behring e Boschetti (2011) apontam um interessante percurso histórico do surgimento em âmbito internacional das políticas sociais desde o surgimento do capitalismo, passando pelo liberalismo, atravessando o *Keynesianismo* e *Fordismo*, trazendo a tona o *Welfare State,*[26] bem como a crise deste Estado de *Bem-Estar Social*, até a emergência do neoliberalismo. As autoras fazem uma relação desse processo com o surgimento da política social no Brasil, salientando que aqui, ele não ocorreu da mesma forma que em outros países. As autoras salientam ainda que política social é um fenômeno altamente associado à constituição da sociedade

[26] Estado de *Bem Estar Social, ou Welfare State*, é de maneira geral um sistema que envolve responsabilidade estatal a fim de garantir o bem-estar básico dos cidadãos. É uma transformação do próprio Estado como resposta à demanda por serviços de ordem socioeconômica, com a finalidade de garantir uma “harmonia” entre o avanço das forças de mercado e uma relativa estabilidade social, suprindo a sociedade de benefícios sociais que significam segurança aos indivíduos para manterem um mínimo de base material e níveis de padrão de vida, que possam enfrentar os efeitos deletérios de uma estrutura de produção capitalista desenvolvida e excludente. Pode-se dizer que o Estado de bem-estar, iniciou-se no período da Grande Depressão de 1930, mas teve seu ápice principalmente após a II Guerra Mundial, sendo considerado nesse período uma concepção mais avançada dos chamados “serviços sociais”. Foi implantado com características diferentes em países como os Estados Unidos, a Alemanha, Suécia, Dinamarca, etc. No Brasil, a partir da década de 70 e 80, houve uma tentativa de implantação do Estado de bem estar social, porém, estas acabaram por ficar diluídas nas organizações sociais e no mercado, pelas palavras de ordem do projeto neoliberal: descentralização, terceirização, privatização e flexibilização. (BEHRING E BOSCHETTI, 2011; GOMES, 2006)

burguesa do modo de produção capitalista. Esse fenômeno aconteceu quando houve um reconhecimento da questão social ligada às relações sociais existentes nesse modo de produção, paralelo ao momento em que os trabalhadores assumiram um papel político e revolucionário na sociedade.

Behring e Boschetti (2011, p. 51) destacam que as políticas sociais são no geral setoriais e fragmentadas, sendo "[...] desdobramentos e até mesmo respostas e formas de enfrentamento às expressões multifacetadas da questão social no capitalismo, cujo fundamento se encontra nas relações de exploração do capital sobre o trabalho".

No Brasil, o surgimento da política social não acompanhou os países de capitalismo central. No nosso país a questão social só se colocou como questão política a partir do século XX, com as primeiras lutas de trabalhadores e as primeiras iniciativas de legislação voltadas para o mundo do trabalho. Segundo as autoras citadas, no período da ditadura militar, as políticas sociais no Brasil possuíam ações centralizadoras. Somente com a redemocratização do país nos anos 80, as políticas sociais adotaram um projeto de viés democrático com foco na cidadania e na redistribuição de renda. Esta última em virtude da grande crise econômica pela qual o país passava (BEHRING E BOSCHETTI, 2011).

Segundo Faleiros (1986), a política social é na verdade um processo de mediações complexas em decorrência da luta de classes por melhores condições de vida, acesso aos bens e as riquezas. O processo em questão envolve as esferas sociais, econômicas, políticas, e culturais que se movimentam e disputam a hegemonia nas esferas estatal e privada.

Corroborando com essa ideia, Demo (2006) afirma que a política social possui importante papel na redução das desigualdades e se a ação não procurar erradicá-las, ela não será social. De acordo com o autor "não será 'social' a política que não tocar as desigualdades ou desconcentrar renda e poder" (DEMO, 2006, pg.10). Demo (2006) ainda assegura que o Estado possui um relevante papel na política social. Segundo ele, no espaço participativo a função do Estado deve ser de instrumentação e jamais de condução. As políticas sociais a partir do Estado têm a função de equalizar as oportunidades e garantir o acesso de todos aos direitos. O autor citado diz ainda que,

> De um modo geral, Estado é a instância delegada de serviço público, e nisso poderia tornar-se lugar importante de equalização de oportunidades. O problema principal nunca será seu tamanho ou sua presença, mas a quem serve (DEMO, 2006, p. 10).

Demo (2006) sugere que a política social deve, prioritariamente, unir autonomia econômica com autonomia política. Esse processo de emancipação fundamenta-se em dois pilares mutuamente condicionados: o pilar econômico, voltado para a auto sustentação e o pilar político, voltado para a cidadania. O autor ainda sustenta que as ações econômicas são imprescindíveis para a viabilização de ações sociais e "[...] ambos os lados são da mesma relevância, e, no fundo, formam uma realidade só. Não se conseguem mudanças sociais sem mudanças econômicas, e vice-versa" (DEMO, 2006, p. 17).

De acordo com Demo (2006), as políticas sociais desenvolvidas pelo Estado deveriam ser de caráter preventivo, no sentido de atingir a raiz do problema, evitando assim seu processamento. Segundo o autor, diante da pobreza vigente, não é possível evitar as políticas curativas, mas vale lembrar que elas não acabam com o problema, e podem de alguma forma, incentivá-lo. Faleiros (1991) aponta que no Brasil predominam as políticas sociais com a perspectiva de manutenção da força de trabalho econômica, politicamente articulada para não afetar o processo de exploração capitalista.

A Constituição de 1988 promoveu um grande destaque para os direitos sociais. Porém, a maioria das políticas "sociais" desenvolvidas no Brasil foram e são até hoje de cunho assistencialista e paternalista, expressando-se como ações de políticas públicas alienantes. Dessa forma, o papel do cidadão torna-se imprescindível no sentido de não se contentar com políticas públicas de caráter meramente curativo, lutando por políticas que visem o pleno desenvolvimento humano (BOBBIO et al., 2002; DEMO, 2006).

No capítulo anterior, já salientamos que a participação do cidadão deveria ser indispensável no planejamento das políticas públicas, pois na maioria das vezes, uma política pública, chega à comunidade pronta, sem que tenha sido ouvida e pensada por aqueles que realmente irão vivenciá-la. Esse fato nos leva a pensar que algumas ações públicas podem não vir a contribuir com o processo de cidadania por não estarem em consonância com os anseios da comunidade em questão. A participação política é um dos fatores fundamentais para a garantia e o desfrute de políticas públicas e sociais que promovam a cidadania.

Podemos dessa forma, inferir que políticas sociais são ações de proteção social que almejam redistribuir benefícios sociais, no sentido de minimizar as desigualdades produzidas pelo desenvolvimento socioeconômico. Elas possuem raízes nos movimentos populares do século XIX, que emergiram devido aos conflitos entre capital e trabalho, no auge da Revolução Industrial, como também são frutos do velho sonho do progresso (BEHRING E BOSCHETTI, 2011).

Por fim, as políticas sociais podem corresponder a uma via democrática para o cidadão participar do Estado e dos principais processos decisórios referentes às políticas públicas, sendo assim um canal viável de participação da sociedade civil no contexto do Estado Ampliado, defendido por Gramsci. Esta participação leva o cidadão a uma tomada de decisão e autonomia para reivindicar a contemplação dos seus direitos. Para tanto, é necessária a existência de uma gestão que seja compatível com essa ideia e que possua meios para atender as demandas impostas pela população.

Dessa forma, no tópico a seguir vamos falar sobre dois modelos de gestão dos tempos atuais que surgiram com a perspectiva de se articular a fim de atender as demandas sociais existentes.

4.3 GESTÃO PÚBLICA: DESDOBRAMENTOS PARA UM PLANEJAMENTO EM SAÚDE

4.3.1 Gestão: Gerencial e Societal

Nossa pesquisa está inserida no campo da gestão pública, dessa forma é interessante levantarmos uma breve discussão sobre as duas orientações políticas que floresceram após a recente reforma do Estado que ocorreu no Brasil: a vertente gerencial, que, inspirada no movimento internacional pela reforma do Estado, implementa a administração publica gerencial; e a vertente societal, que busca formas de organização e administração do Estado que incluam a participação da sociedade, procurando construir uma gestão publica social (PAULA, 2005).

Compreender sobre essas vertentes nos ajudarão a entender as iniciativas de gestão (planejamento, implementação, avaliação) da SEMUS voltadas para a

inserção dos profissionais de Educação Física no planejamento das políticas de saúde, com a finalidade de oferecer à população o direito à saúde.

Nas últimas décadas a sociedade brasileira se viu engajada na tentativa de redemocratização do país, a fim de reformar o Estado e construir um modelo de Gestão que fosse capaz de torná-lo mais aberto às necessidades dos cidadãos brasileiros (PAULA, 2005). Até os anos de 1980 as políticas públicas no Brasil eram de modo geral, centralizadoras, fragmentadas e sem qualquer participação da sociedade. A crise financeira do Estado em 1980 acabou por promover uma série de mudanças na avaliação do planejamento tanto público, quanto privado. Essas mudanças foram o 'gatilho' necessário para que o modo de planejar e gerir as políticas públicas também fosse reformulado. Essa redemocratização teve seu marco maior a partir da Constituição de 1988, quando deparamo-nos com um processo de descentralização e tentativa de experiências de gestão participativa (PAULA, 2005; JUNQUEIRA, 1997). Em consonância com esse panorama, Paula (2005) ressalta dois projetos políticos em desenvolvimento a partir de 1980: a gestão do tipo societal e a gestão gerencial.

A origem da vertente gerencial, segundo Paula (2005), está ligada à crise de governabilidade e credibilidade do Estado na América latina durante as décadas de 80 e 90. Esse debate emergiu a partir do movimento internacional de reforma do aparelho do Estado, que teve início na Europa e nos Estados Unidos. Na década de 1980, a partir das reformas empreendidas no Reino Unido e nos Estados Unidos, estabeleceram-se as bases da nova administração pública relacionada com o Gerencialismo, ideário que floresceu durante os governos de Margareth Thatcher[27] e de Ronald Reagan.[28] O Gerencialismo é baseado na cultura do empreendedorismo sendo um reflexo do capitalismo e possuindo uma conduta no sentido de garantir controle, eficiência e competitividade máximos (HARVEY, 1992 apud, PAULA, 2005).

Paula (2005) afirma que no Brasil, nos anos 90, esse movimento ganhou força a partir da reforma gerencial do Estado. O novo modelo de gestão primava

---

[27] Primeira mulher a ocupar o cargo de Primeiro-Ministro britânico, permanecendo no cargo de 1979 até 1990. Logo no início do seu mandato, efetivou uma série de medidas e mudanças, anunciou um plano para a redução dos impostos e passou a controlar e a realizar reformas institucionais nos sindicatos trabalhistas. Essas reformas lhe valeram o apelido de "Dama de Ferro".

[28] Ronald Wilson Reagan foi um ator e político dos Estados Unidos, sendo o 33º governador da Califórnia e 40º Presidente dos Estados Unidos da América permanecendo no cargo de 1981 até 1989.

pelo uso de práticas de gestão do setor privado. Os objetivos desta nova administração pública era a “descentralização” do aparelho do Estado, transformando as políticas públicas em monopólio dos ministérios, promovendo privatização das estatais, terceirização dos serviços públicos, regulação estatal das atividades públicas conduzidas pelo setor privado. Esse modelo foi efetivamente implementado durante o governo de Fernando Henrique Cardoso (1994-2002).

A vertente gerencial possui seus pressupostos fundamentados no pensamento organizacional do setor empresarial privado, cujas dimensões são pautadas pelo aspecto econômico, aproximando-se assim das perspectivas neoliberais. Paula (2005), ao salientar sobre a crise desse modelo, ressalta seus principais limites, sendo eles, a formação de uma nova elite burocrática; centralização do poder nas instâncias executivas; inadequação da utilização das técnicas e práticas advindas do setor privado no setor público; dificuldades de lidar com a complexidade dos sistemas administrativos e a dimensão sociopolítica da gestão; e a incompatibilidade entre a lógica gerencialista e o interesse público. Essa forma de gestão foi questionada principalmente quanto a sua eficiência administrativa, sobretudo a partir do final dos anos de 1990, devido principalmente à ausência da dimensão sociopolítica, bem como a ausência da ampliação da democracia do Estado (PAULA, 2005).

Embora menos visível, a vertente societal tem origem no Brasil durante os movimentos sociais brasileiros nos anos de 1960, período do governo de João Goulart, quando a sociedade se organizou solicitando reformas políticas no Brasil. Porém, o golpe de 1964 acabou por reprimir todo esse arranjo social. Entretanto na década de 70, essas mobilizações reapareceram. O foco dessa vertente é a redemocratização na luta contra a ditadura com ênfase na participação social (PAULA, 2005). O movimento questionava a centralidade do Estado na gestão pública do país, e se centrava na reivindicação da cidadania e no fortalecimento do papel da sociedade civil na condução da vida política (MEZZOMO KEINERT, 2000 apud PAULA 2005).

Embora esse projeto ainda não tenha se concretizado, o PT (Partido dos Trabalhadores), ao assumir a presidência com o candidato Luiz Inácio Lula da Silva levou ao poder uma coalizão que agrega setores populares, partidos de esquerda e centro-esquerda, bem como setores do empresariado nacional. Isso reacendeu a esperança de implementar um projeto diferenciado do existente e que fosse capaz

de reformular as relações entre o Estado e a sociedade no que se refere aos direitos de cidadania (WAINWRIGHT, 1998 apud PAULA, 2005).

A vertente societal possui como foco a democracia por meio da autonomia para participação e deliberação popular. Este modelo nega a centralização dos processos decisórios no aparelho estatal através da criação de canais de participação nas esferas municipal, estadual e federal (PAULA, 2005). O quadro 1 sintetiza segundo Paula (2005) as principais características dos dois modelos de gestão. E o quadro 2 expõe os limites e os pontos positivos de cada gestão.

Quadro 1 - – Variáveis observadas na comparação dos modelos.

	Administração pública Gerencial	**Administração Pública Societal**
ORIGEM	Movimento internacional pela reforma do Estado, que se iniciou nos anos 1980 e se baseia principalmente nos modelos inglês e estadunidense.	Movimentos sociais brasileiros, que tiveram início nos anos 1960 e desdobramentos nas três décadas seguintes
PROJETO POLÍTICO	Enfatiza a eficiência administrativa e se baseia no ajuste estrutural, nas recomendações dos organismos multilaterais internacionais e no movimento gerencialista.	Enfatiza a participação social e procura estruturar um projeto político que repense o modelo de desenvolvimento brasileiro, a estrutura do aparelho de Estado e o paradigma de gestão.
DIMENSÕES ESTRUTURAIS ENFATIZADAS NA GESTÃO	Dimensões econômico-financeira e institucional-Administrativa.	Dimensão sociopolítica
ORGANIZAÇÃO ADMINISTRATIVA DO APARELHO DO ESTADO	Separação entre as atividades exclusivas e não-exclusivas do Estado nos três níveis governamentais.	Não há uma proposta para a organização do aparelho do Estado e enfatiza iniciativas locais de organização e gestão pública
ABERTURA DAS INSTITUIÇÕES POLÍTICAS A PARTICIPAÇÃO SOCIAL	Participativo no nível do discurso, mas centralizador no que se refere ao processo decisório, à organização das instituições políticas e à construção de canais de participação popular.	Participativo no nível das instituições, enfatizando a elaboração de estruturas e canais que viabilizem a participação popular
ABORDAGEM DE GESTÃO	Gerencialismo: enfatiza a adaptação das recomendações gerencialistas para o setor público.	Gestão social: enfatiza a elaboração de experiências de gestão focalizadas nas demandas do público-alvo, incluindo questões culturais e participativas

Fonte: PAULA, 2005.

Quadro 2 – Limites e pontos positivos dos modelos de gestão analisados.

	LIMITES	PONTOS POSITIVOS
ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA GERENCIAL	• Centraliza o processo decisório e não estimula a elaboração de instituições políticas mais abertas à participação social; • Enfatiza mais as dimensões estruturais do que as dimensões sociais e políticas da gestão; • Implementou um modelo de reforma e gestão pública que se inspirou nas recomendações e no design sugeridos pelo movimento internacional de reforma de Estado; • Não há uma proposta nova para a organização do aparelho do Estado;	• Possui clareza em relação à organização do aparelho do Estado e métodos de gestão • Alguns métodos gerencialistas vêm melhorando a eficiência do setor público, especialmente no campo econômico-financeiro
ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA SOCIETAL	• Não elaborou de forma mais sistemática alternativas de gestão coerentes com seu projeto político • Não conseguiu ainda desenvolver uma estratégia que articule as dimensões econômico-financeira, institucional-administrativa e sociopolítica da gestão pública	• Procura elaborar um projeto de desenvolvimento que atenda aos interesses nacionais • Está construindo instituições políticas e políticas públicas mais abertas à participação social e voltadas para as necessidades dos cidadãos

Fonte: PAULA, 2005.

De forma geral, é bastante tentador afirmar que os dois modelos apresentados se completam. Todavia, segundo Paula (2005), seria uma análise reducionista, pois a origem e os projetos políticos de cada vertente são completamente distintos e repercutem na forma como cada gestão é conduzida.

Tentaremos em nossas análises enquadrar em qual dessas vertentes é pautada a gestão da cidade de Vitória, ou até mesmo salientar quais as heranças que encontramos de uma e de outra. Para isso é necessário que entendamos um pouco mais sobre como ocorre o planejamento da gestão pública bem como o

planejamento das políticas públicas, e no nosso caso, as da saúde, sendo este um dos objetivos que pauta a nossa pesquisa.

4.3.2 Planejamento na Gestão Pública: porta de entrada para a participação da sociedade civil.

Embora existam outras vertentes que abordam formas diferentes de sistematização, partiremos daquela pautada na forma mais clássica, onde o processo de formulação de políticas públicas é composto pelas etapas de Diagnóstico, Formulação, Implementação e Avaliação. Puppim de Oliveira (2006) ressalta que existem diversas formas de formulação, com características e especificidades que variam de acordo com a localidade, a região ou o país. No Brasil, o autor salienta que muitos problemas são encontrados, relacionados ao tecnicismo e à burocracia de formulação, previsão e controle dessas ações. Segundo o autor, o planejamento deve ser visto como um processo, uma construção, e não apenas como um produto técnico dissociado da ação. O autor salienta que a realidade na qual estamos inseridos nos mostra que muitos projetos, programas e políticas falharam na implementação ou produziram impactos negativos inesperados. Puppim de Oliveira (2006) cita como exemplos dessas falhas a Transamazônica, o Polonoroeste e atualmente o programa Fome Zero.[29]

Puppim de Oliveira (2006) atribui os motivos dessas falhas a dissociação que se faz entre elaboração e implementação no processo de planejamento. Nesse sentido, o autor afirma que o planejamento inicialmente era visto como uma atividade de fazer planos onde não se levava em consideração à execução. Uma visão um pouco mais moderna passou a incluir mecanismos de monitoramento, auditorias e reuniões técnicas de acompanhamento, porém, à medida que as

---

[29] A Rodovia Transamazônica (BR-230) é uma rodovia brasileira projetada durante o governo do presidente Emílio Garrastazu Médice (1969 a 1974), considerada uma "obra faraônica" devido às suas proporções gigantescas, porém, por muitos considerada fracassada, pois em grande parte, principalmente no Pará e no Amazonas, a rodovia não é pavimentada, tornando o tráfego praticamente impossível principalmente na época das chuvas. O Polonoroeste foi um programa objetivando o desenvolvimento do noroeste do Brasil sendo executado durante os anos 1980, com recursos do Governo brasileiro e do Banco Mundial, sendo considerado por muitos críticos, também fracassado. E por fim o programa Fome Zero, sendo implantado como uma estratégia do governo federal para assegurar o direito humano à alimentação adequada às pessoas com dificuldades de acesso aos alimentos, possuindo inúmeras críticas, devido principalmente a sua inconsistência.

condições iniciais mudavam com o tempo, os resultados passavam a ficar condicionados a essas mudanças.

A discussão atual enfatiza duas correntes antagônicas que formam o planejamento: uma ressalta um modelo de cima para baixo (*top down*), na qual as autoridades teriam um maior controle e deveriam decidir o que e como serão implementadas as ações políticas; a segunda sugere um modelo de baixo para cima (*bottom up*), onde os agentes sociais por conhecerem melhor a política e estarem mais próximos das problemáticas locais, deveriam ser os protagonistas do processo. (PUPPIM DE OLIVEIRA, 2006).

Complementando essa ideia, o autor assinala que a maioria das visões sobre planejamento coloca-o apenas como sendo um processo de fazer planos e separa a elaboração, da implementação de políticas públicas. Segundo ele, é difícil chegar a um consenso sobre a definição de implementação, pois o estudo de implementação requer um entendimento de sua complexidade e de sua interação com o processo de planejamento. Puppim de Oliveira acredita que,

> O resultado de um processo de planejamento, incluindo sua implementação, tem que ser visto como uma série de eventos aparentemente simples, mas que dependem de uma cadeia complexa de interações recíprocas para que obtenham o resultado esperado, e muitas vezes esta cadeia não pode ser prevista ou controlada (2006, pg. 277).

Mas afinal, o que seria planejamento? A ideia de planejamento surgiu tendo como objetivo vislumbrar o futuro a partir de documentos denominados planos. Inicialmente surgiu com a ideia de planejamento espacial, passando pelo o planejamento econômico, e posteriormente planejamento social. Entretanto, muitas transformações foram ocorrendo ao longo dos anos sobre a ideia de planejamento. A partir da década de 70 o planejamento passou de um mero instrumento técnico para também um instrumento político, com o intuito de moldar e articular os diversos interesses envolvidos no processo de intervenção de políticas públicas. Dessa forma, Puppim de Oliveira define o processo de planejamento como sendo,

> [...] um processo de decisão político que depende de informações precisas, transparência, ética, temperança, aceitação de visões diferentes e vontade de negociar e buscar soluções conjuntamente que sejam aceitáveis para toda a sociedade e principalmente para as partes envolvidas (2006, pg. 284).

Corroborando com esse pensamento Paim (2006) afirma que o planejamento pode ser considerado essencial para uma melhor realização de objetivos e compromissos, quando pensado de forma coletiva, social e institucional, sendo assim utilizado como uma ferramenta de administração, onde se permite que o trabalho seja executado em função de propósitos claros e explícitos. O autor afirma também que o planejamento "corresponde ainda a um modo de explicitação do que vai ser feito, quando, onde, como, com quem e para quê. (...)" (PAIM, 2006, p.768), sendo esta sua interface com a política de saúde.

O planejamento não é apenas a produção de planos, programas ou projetos, estes são apenas uma etapa do processo de planejamento. Quando esses documentos são elaborados juntamente com a maior participação das pessoas e quando sensibilizam e comprometem os que estão verdadeiramente interessados na mudança da situação, possuem a maior chance de interferir na realidade. Planejamento não deve ficar só na teoria, ideologia ou utopia. Planejamento é se comprometer com a ação, pensar antecipadamente a ação, sendo assim uma alternativa à improvisação (PAIM, 2006).

No caso da saúde, o planejamento possibilitaria a formulação de políticas publicas definidas em práticas assistenciais no âmbito local, sendo assim entendido como um trabalho que incide sobre os outros. Conforme citado pelo autor,

> "[...] o planejamento procura identificar problemas e oportunidades para orientar a ação. No caso do setor saúde, os problemas se referem ao estado de saúde (doenças, acidentes, carências, agravos, vulnerabilidades e riscos), também conhecidos como problemas terminais, e aos serviços de saúde (infraestrutura, organização, gestão, financiamento, prestação de serviços, etc.), denominados de problemas intermediários. Nessa perspectiva, o planejamento estaria orientado, fundamentalmente, pelos problemas, sejam dos indivíduos e das populações, sejam de serviços de saúde, ou ambos." (PAIM, 2006. p.771).

Em consonância com Puppim de Oliveira (2006), Paim (2006), também considera o planejamento como um processo e assinala quatro momentos fundamentais sendo eles: *momento explicativo*, quando se identifica e se explica os problemas existentes em uma dada situação; *momento narrativo* quando se determinam os objetivos, as metas, as atividades e os recursos necessários, adequando-se no que deve ser feito; *momento estratégico*, responsável em estabelecer o desenho e os cursos de ação; e por fim o *momento tático-operacional* caracterizado pelo fazer, quando a ação se realiza em toda complexidade do real

solicitando ajustes, adaptações, flexibilidade, informações, acompanhamento e avaliação.

Paim (2006) assinala que ao elaborar um plano, programa ou projeto, sendo estes os produtos de um planejamento, fazer perguntas e indagações sobre seus propósitos e problemas é de grande importância para que sua elaboração seja eficiente e possa se tornar eficaz. Segundo o autor, plano se refere ao que fazer, já o programa estabelece uma articulação entre objetivos, atividades e recursos de caráter mais permanente, e por fim o projeto trata do deslocamento de caráter especifico de um plano ou programa.

Em outras palavras, Jannuzzi (2005) traz em sua análise sobre o processo de planejamento, elementos similares aos descritos acima. Segundo o autor, o processo de planejamento de uma política pública também segue quatro etapas. Na etapa de *Elaboração do Diagnóstico*, são necessários indicadores confiáveis que possam ajudar na construção de um retrato amplo e detalhado da situação vivenciada pela população. Esses indicadores visam orientar posteriormente as questões prioritárias a atender, os formatos dos programas a implementar assim como as estratégias e ações a desenvolver. Nas palavras do autor, seria como "caracterizar o Marco Zero", para que assim consiga-se futuramente avaliar se o programa está provocando as mudanças desejáveis.

Na etapa de *Formulação* da política pública é necessário selecionar os objetivos a partir dos indicadores levantados na primeira etapa. Jannuzzi (2005) ainda salienta que nessa etapa deve-se definir, a partir da orientação política governamental, a natureza dos programas, as questões sociais prioritárias a enfrentar e os públicos-alvo a atender.

Na etapa de *Implementação e Execução* dos programas são necessários indicadores de monitoramento que consigam repassar a real situação dos programas. E por fim, Jannuzzi (2005) afirma que, na etapa de A*valiação* são necessários indicadores que possam dimensionar o grau de cumprimento dos objetivos (eficácia), o nível de utilização de recursos frente aos custos em disponibilizá-los (eficiência) e a efetividade social ou impacto do programa, são imprescindíveis. O autor assegura que, em particular na etapa de Avaliação, a identificação dos impactos é outro fator de muita importância.

Todo esse processo, segundo as novas perspectivas de gestão deveriam sofrer influencia da sociedade civil através do que chamamos de controle social.

Segundo Campos (apud FERRAZ et al., 2010), o controle social é entendido como ações de natureza sociopolítica e técnico-operativa desenvolvidas pela sociedade civil, com a finalidade de exercer influências sobre as ações governamentais. Esse processo envolve uma dimensão política (mobilização da sociedade para influenciar a agenda governamental), técnica (fiscalizar a gestão de recursos e trabalhos governamentais) e ética (construção de novos valores, fundados nos ideais de solidariedade, soberania e justiça social).

As estratégias de controle social, principalmente por meio da avaliação das políticas públicas, podem ser consideradas a porta de entrada da participação da sociedade civil no processo de gestão pública. Quando objetivam o acompanhamento e aperfeiçoamento das ações, as avaliações das políticas cumprem também esse papel, pois abrem a possibilidade da sociedade civil participar de forma mais direta das decisões. Segundo Belloni et al. (2003), a avaliação deve envolver tanto o processo de elaboração, quanto o de implementação das políticas públicas servindo como base para a tomada de decisão em todas as instâncias do processo, na busca do aperfeiçoamento da mesma.

Belloni et al. (2003) salientam que a avaliação pode ser realizada antes, durante ou no fim da execução das ações, sendo que os sujeitos do processo avaliativo poderão ser aqueles que participam diretamente de sua execução; aqueles que participam de setores da sociedade que não estão diretamente envolvidos, mas que possuem interesse em seu resultado (a universidade, por exemplo); como também aqueles que são diretamente beneficiados pelas ações. Sendo assim a avaliação procura responder se as políticas estão ou não funcionando.

Uma das maiores dificuldades para o acompanhamento de programas públicos é como obter informações periódicas e específicas sobre o processo de implementação dos mesmos, do alcance dos resultados e do impacto social que esses programas geram. Infelizmente as estatísticas e dados do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) e outros órgãos públicos que podem fazer essa ponte, dificilmente atenderão todas as necessidades para o monitoramento e avaliação dos programas (JANNUZZI, 2005).

As Conferências e os Conselhos de Saúde são, hoje, os principais espaços para o exercício da participação e do controle social sobre a implementação da política de saúde em todas as esferas de governo. Nesse processo, os avanços são

significativos, ainda que seja possível identificar a permanência de muitas fragilidades. Os Conselhos de Saúde são importantes estratégias que podem ajudar nesse processo de avaliação, e essa participação social significa uma co-responsabilidade entre Estado e sociedade civil. A implantação dos Conselhos de Saúde ocorreu em todos os 26 estados e 5.564 municípios, bem como no Distrito Federal sendo legitimada pela Lei n. 8.142, de 28 de novembro de 1990, que dispõe sobre a participação social no SUS.

Entretanto, Puppim de Oliveira (2006) salienta que no Brasil o planejamento acaba sendo utilizado como uma forma de controlar a economia e a sociedade, e não como um processo de decisão construído política e socialmente com os diversos sujeitos interessados e afetados pelas decisões que nele são tomadas, como realmente deveria ser. A sociedade civil, embora o Estado disponibilize canais para a participação cidadã, pouco participa das decisões políticas do país. A parcela da sociedade civil atuante no cenário político é muito pequena.

Em suma, o planejamento deve ser um processo que gere aprendizado e que aprimore as decisões tomadas conjuntamente. Dessa forma, é necessário que o planejamento das políticas públicas preveja a organização de procedimentos de coleta e tratamento de informações em todas as fases de sua implementação, para que assim possa permitir a construção de indicadores de monitoramento desejados e assim se reavaliem quando necessário (PUPPIM DE OLIVEIRA, 2006; JANNUZZI, 2005).

Como vem sendo discutido, estamos vivenciando uma nova era de Gestão Política, onde o próprio planejamento das políticas públicas também é afetado. Está emergindo no cenário político do nosso país uma gestão com viés democrático, participativo e descentralizado, abarcando as diferentes áreas da esfera pública e, entre elas, a saúde.

4.3.3 A Gestão na Saúde: Descentralização e Intersetorialidade

Como já citado, até a década de 1970 o Brasil era conduzido por um modelo de governo pautado na centralização e verticalização de suas ações. As próprias organizações públicas de saúde tinham esse formato. Porém, a partir dos anos 80, com a crise que mostrava o colapso do Estado Social, emergiu um movimento de descentralização como estratégia de mudança. Segundo Junqueira (2004), isso

ocorreu, inicialmente, nos países centrais democráticos, como alternativa à crise do Estado do Bem-Estar Social.

Guimarães (2002), afirma que o tema da descentralização não é novo na literatura. Segundo o autor, embora exista uma gama de conceitos que explicam esse fenômeno, aquele que nos interessa é o que se refere à administração pública e suas ramificações. Na área administrativa, a descentralização refere-se à transferência de competências e de funções entre unidades, esferas de governo, ou órgãos com a finalidade buscar maior eficácia na gestão pública, eliminando burocracias e possibilidade de um contato mais próximo com o cidadão, gerando assim uma maior fidelidade às demandas sociais.

Na dimensão social, descentralização se refere à participação social na gestão pública, criando-se uma possibilidade de tomadas de decisões compartilhadas entre o Estado e a população. No âmbito político, a descentralização funciona como um meio para redistribuir o poder político do Estado, do nível central para os níveis periféricos (GUIMARÃES, 2002).

Segundo Junqueira (2004), dentro da gestão pública, podemos enquadrar a descentralização como a transferência de poder dos níveis centrais de governo para os mais periféricos, gerando autonomia de gestão em oposição a um poder centralizado, tornando-o permeável aos interesses da sociedade para dar maior eficácia à gestão.

Guimarães (2002) adverte que no Brasil, a questão da descentralização ainda não é muito bem definida. Como vimos, a história política brasileira foi marcada por projetos centralizadores de gerência (Gestão Gerencial), iniciando um processo de mudança apenas com o processo de redemocratização, após a Constituição de 1988. Essa Constituição desempenhou papel fundamental na legitimação do princípio de descentralização. Os artigos 194 e 204 da carta constitucional salientam a descentralização participativa como primordial para a gestão da nova área da seguridade social (saúde, previdência e assistência social).

Com o advento da descentralização como forma de poder, o sistema de saúde pública do país foi reorganizado e foi instaurado, como já falado, o SUS, onde para cada nível de governo, foram atribuídas novas competências, e nesse processo, tanto estados como municípios passaram a ter responsabilidades específicas. A descentralização foi definida como uma das diretrizes do SUS e

redistribuiu as responsabilidades gestoras entre os três níveis de governo: federal, estadual e municipal (JUNQUEIRA, 2004).

Não podemos deixar de salientar que esse processo de descentralização não garante por si só que a gestão seja eficaz em todos os municípios igualmente. Cada município possui condições distintas de recursos, sociedade, financiamentos e etc., não possuindo assim as mesmas condições para atender às necessidades de saúde da população de forma igualitária.

Dentro desse contexto, as soluções para os problemas não se enquadram naquelas padronizadas, regidas pela lógica do mercado. Torna-se necessário a busca de soluções inovadoras que acabam por estabelecer uma relação entre o Estado e a sociedade civil. Nesse processo de transformação, onde a descentralização ganha destaque, o que se espera é uma articulação das diversas forças sociais, não privilegiando nenhuma das partes (JUNQUEIRA, 2004).

Entretanto, no Brasil, os interesses privados ainda prevalecem sobre os coletivos, e a participação efetiva da sociedade não acontece necessariamente apenas com a existência de organismos descentralizados e, teoricamente, próximos da população. Junqueira (1997) afirma que esse processo só se viabilizará na medida em que os beneficiários das políticas sociais se transformem em sujeitos dessas políticas. O autor afirma que essas políticas são responsáveis muitas vezes pelo processo de construção da cidadania, desde que sejam consideradas como direito. É através da educação para a cidadania, quando os diversos atores sociais tomarem consciência dos seus direitos de cidadãos, que essa mudança ocorrerá (JUNQUEIRA, 1997). Portanto, pode-se dizer que,

> A cidadania é um processo de aprendizado, que se atualiza na medida em que as pessoas vão experimentando relações e percebem que seu saber e sua experiência têm importância e são respeitados. A cidadania se consuma mediante o exercício do papel de sujeitos com valores contrários a sujeição, favoráveis a liberdade e direcionados por uma quota de poder (MANZINI-COVRE, 1996 *apud,* JUNQUEIRA, 1997, pg. 35).

Assim, para que a descentralização aconteça de fato, a participação deve ser ponto marcante nesse processo, mas isso não ocorre necessariamente. No processo de formulação das políticas públicas deveriam também estar presentes os sujeitos que serão beneficiados por ela, para que assim no exercício do direito de cidadania, pudessem contribuir de forma eficaz no processo de solução dos problemas levantados.

Quando inseridos dentro dos problemas sociais abarcados pelas políticas, os sujeitos compreendem com mais propriedade a complexidade desses problemas que surgem da interação do sujeito com o mundo, procurando assim saídas viáveis para os mesmos. Dentro dessa perspectiva ganha sentido a intersetorialidade, com o intuito de integrar as diversas políticas sociais existentes com a finalidade de abranger a complexidade dos problemas sociais.

Junqueira (1997) salienta que a proposta de descentralização embora seja uma proposta de alteração da gestão, não garante sua eficácia. No caso da saúde, por exemplo, o sujeito necessita que seus problemas sejam considerados na sua totalidade e não de forma fragmentada, em apenas uma política pública. É necessário uma interelação entre as políticas, pois, ainda que a maioria dos problemas sociais se manifeste de forma setorial, a solução está na dependência da ação de mais de uma política. A intersetorialidade entra nesse processo como uma possibilidade de gestão integrada das políticas sociais. O autor ainda afirma que,

> A intersetorialidade é a articulação de saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação de ações para alcançar efeito sinérgico em situações complexas visando o desenvolvimento social, superando a exclusão social. É uma nova lógica para a gestão da cidade, buscando superar a fragmentação das políticas, considerando o cidadão na sua totalidade. Isso passa pelas relações homem/natureza, homem/homem que determinam a construção social da cidade. Nessa perspectiva, é interessante ressaltar que a intersetorialidade não é um conceito que engloba apenas as dimensões das políticas sociais, mas também a sua interface com outras dimensões da cidade, como sua infraestrutura, ambiente, que também determinam a sua organização e regulam a maneira como se dão as relações entre os diversos segmentos sociais (1997, pg.37).

Segundo Buss (1996, apud JUNQUEIRA, 1997) essa nova visão se coloca também para a saúde, sendo esta encarada como direito do cidadão e dever do Estado. Estando cientes de que a conquista de uma vida saudável não passa somente pela saúde, como também pela interação dos diversos âmbitos responsáveis pela promoção da mesma, a intersetorialidade torna-se um dos pontos chaves dessa problemática, pois possibilita que as diversas políticas sociais trabalhem de forma integrada.

Junqueira (1997, p.43) afirma que “a descentralização e a intersetorialidade inovam a gestão da cidade, transferem o poder aos que utilizam os serviços prestados e integram a gestão das políticas públicas”. Assim, as ações do Estado passam a ser direcionadas por problemas e não mais por setor.

Entretanto, nem todo processo de articulação é considerado intersetorial. Existem aquelas articulações que não estão dentro da lógica prevista por uma política intersetorial. As políticas intersetoriais, como salientado, preveem uma troca de saberes e experiências em todos os processos, desde o planejamento até a avaliação das ações, com a finalidade de alcançar a maior eficiência e eficácia em situações que visam o desenvolvimento social. Farah (2000) ao tratar de modelos de relação entre as instâncias que compõe um modelo de gestão expõe que novas formas de articulação vêm se desenvolvendo:

a. A articulação intergovernamental vertical, que ocorre entre as instâncias federal, estadual e municipal.

b. A articulação horizontal, que ocorre entre as instituições públicas de uma mesma instância.

c. A articulação intersetorial, que indica a constituição de um processo de elaboração e implementação de políticas públicas descentralizado.

Dessa forma, podemos inferir que a intersetorialidade não deve ser compreendida como uma troca de favores entre diferentes instâncias, mas sim, como troca de conhecimentos e experiências, com o objetivo de integrar as ações e colocar o cidadão no centro do processo. Muitas políticas que hoje são consideradas intersetoriais, seguem na verdade pela lógica de uma articulação horizontal promovendo assim perda de potencialidade dessas ações.

De modo geral, podemos pensar que essa perspectiva descentralizadora e intersetorial possui características que melhor se correlacionam com o modelo de gestão societal, visto que, por possuir um viés mais democrático, esse modelo de gestão possui suporte para oferecer à população portas de entrada para a efetivação também de uma gestão participativa.

4.4 UMA BREVE REFLEXÃO

Ser cidadão requer mais do que estar presente em uma sociedade. Ser cidadão requer participação. Esse exercício de cidadania na luta por direitos possui uma grande relevância principalmente na implementação das políticas públicas. Contamos hoje com o surgimento de novas formas de gestão, pautadas na

descentralização e na intersetorialidade, abrindo assim caminhos para que a participação dos cidadãos seja mais efetiva.

Entendemos por política o conjunto de ações e diretrizes que fundamentam as ações de um governo. Políticas públicas, segundo Heidemann (2009) são aquelas que correspondem a um conjunto de ações ligadas a um determinado setor ou atividade com vistas ao bem coletivo, não sendo estas de exclusividade do Estado. Já políticas sociais, são aquelas políticas públicas que abarcam os direitos sociais, com o intuito, na maioria das vezes de minimizar as desigualdades sociais.

Atualmente, no Brasil, contamos com duas principais formas de gestão, a gerencial e a societal. A gerencial voltada para as dimensões econômico/financeira e institucional/administrativa; e a societal, com maior ênfase na dimensão sociopolítica. Saber diferenciá-las é de grande importância para enquadrarmos a gestão atual da saúde na cidade de Vitória, nosso campo de pesquisa. Paula (2005) afirma que ambas as vertentes se dizem portadoras de um novo modelo de gestão pública e sustentam estar buscando a ampliação da democracia no país.

Para finalizar, não podemos esquecer que estamos trabalhando com a análise documental do planejamento e das ações das políticas públicas de saúde do município de Vitória. Logo, entender sobre o processo de formulação de uma política também é imprescindível. Como foi salientado, de forma clássica, o processo de estabelecimento de uma política pública é composto pelas etapas de Diagnóstico, Formulação, Implementação e Avaliação, porém, na maioria dos casos, essas etapas não ocorrem como deveriam. Muitas vezes o processo de implementação fica a mercê do planejamento apenas como um processo de fazer planos.

Com o advento das novas formas de gestão, baseadas na descentralização e intersetorialidade, esse quadro pode ser revertido, à medida que a participação do cidadão contribua de forma efetiva em todas as etapas que contemplem o processo de implementação de uma política pública. Sabemos que a descentralização e a intersetorialidade inovam na gestão da cidade, e transferem o poder de decisão para várias esferas da sociedade, integrando assim a gestão das políticas públicas. A saúde no Brasil é um campo onde esse modelo de gestão está sendo implantado, principalmente após a criação do SUS. E para que a saúde seja entendida de forma ampla e integrada, esse novo modelo torna-se um dos caminhos viáveis para tal.

5. ENTRELAÇAMENTOS DA EDUCAÇÃO FÍSICA COM A SAÚDE

Pensar em Educação Física é inevitavelmente pensar no paralelo existente entre atividade física e saúde. A história da Educação Física/atividade física cruza com os referenciais da saúde e do corpo utilizados pela área médica. Sabemos que ambas possuem o corpo como objeto de estudo e durante muito tempo trabalharam baseadas em uma visão biologicista da saúde e do próprio corpo. Nos dias de hoje é quase unanime a ideia que a Educação Física não apenas pode, mas deve ter como papel central a promoção da saúde entre as pessoas. Porém, essa Educação Física ainda é tradicionalmente associada com a implantação de ações por meio do exercício físico privilegiando a dimensão biológica em detrimento de um conjunto de fatores relacionados ao processo saúde/doença.

Este capítulo tem como objetivo principal discutir sobre a tensa relação existente entre a Educação Física e os seus caminhos pelo campo da saúde, traçando a ideia do significado de ter saúde, e de que saúde, nós estamos falando. Pensamos ser pertinente ainda entendermos as relações existentes entre promoção da saúde, prevenção de doenças e a busca por um estilo de vida saudável, pois sabemos que a Educação Física via atividade física/práticas corporais se encontra como um dos pilares fundamentais dessa discussão.

A Educação Física está sendo cada vez mais incluída no âmbito da saúde pública através de políticas públicas pensadas a partir da visão ampliada de saúde. Estamos nos deparando com inúmeras campanhas de ordem pública que cada vez mais incentivam a prática da atividade física, usando a justificativa de que um estilo de vida ativo é um hábito saudável capaz de contribuir para a promoção da saúde. Porém sua trajetória ainda é mínima e incipiente em diversos sentidos. Temos como exemplo a própria formação dos profissionais que, ainda em muitos casos, é guiada pelo grande axioma da área, que segundo Fraga (2006a) consiste no pensamento muitas vezes limitado, de que atividade física é saúde.

Sabemos que essas relações são bastante complexas abrindo assim caminhos para inúmeras reflexões.

5.1 TOMANDO POSSE DE UMA CONCEPÇÃO DE SAÚDE: OS POSSÍVEIS CAMINHOS PARA A ATUAL VISÃO AMPLIADA DA SAÚDE

Quando falamos sobre saúde, encontramos inúmeros olhares sobre esse fenômeno a partir dos mais diversos âmbitos. Entretanto, nos dias de hoje, observamos uma tendência de pensar e compreender o fenômeno saúde-doença para além do olhar das ciências biológicas que se embasa no corpo enquanto análogo a uma máquina.[30] Como exemplo dessa visão de corpo como máquina, temos o movimento higienista[31] do século XX que buscava aperfeiçoar e "otimizar" o corpo, do ponto de vista funcional, melhorando seu desempenho e desenvolvendo suas potencialidades físicas. Ter um corpo robusto e forte associava-se à ideia de ter um corpo saudável.

Beccalli (2011) nos chama atenção para a ideia de que o corpo visto enquanto ferramenta/máquina induz à percepção da doença enquanto invasora a ser combatida, existindo então a necessidade constante de vigilância e manutenção do bom funcionamento dessa máquina para que não haja prejuízos a seu portador. Nas perspectivas de Canguilhem (2010), nesse sentido, a doença é vista como algo externo ao corpo e que, portanto, necessita ser expurgada/extraída dele, para que seu bom funcionamento seja restabelecido (CANGUILHEM, 2010). Entretanto, não podemos interrelacionar de forma tão clara saúde e doença, ao ponto de dizer que onde termina uma, começa a outra.

Corroborando com esse pensamento, o conceito de saúde atualmente utilizado pela OMS possui uma visão abrangente e não estática do processo saúde-doença. Existe um grande embate sobre essa concepção e um dos principais pontos que a desqualifica é o subjetivismo que tanto a expressão "perfeição" como "bem-estar" trazem em seu bojo, afinal, "perfeição" não é definível e "bem-estar", apenas cada indivíduo pode qualificar qual seria o seu.

Porém sabemos que hoje, o que se entende por saúde depende da visão que se tenha do ser humano e de sua relação com o ambiente, e este entendimento pode variar de um indivíduo para outro, de uma cultura para outra e ao longo do tempo. Podemos então dizer que saúde seria um conjunto de fatores que abrange desde o meio físico, biológico, social e cultural (MINAYO, 2006).

---

[30] Anson Rabinbach em "*The Human motor"* também utiliza essa analogia. Ver melhor em Góis Júnior (2000).

[31] Ver melhor em Góis Junior (2000)

A concepção de saúde sofreu inúmeras modificações ao longo do tempo. Mas foi na 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília em 1986, no mesmo ano no qual também foi realizada a 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde em Otawa no Canadá, que afirmou-se a visão de saúde que leva em consideração seu conceito ampliado. Esse debate surgiu em meio ao processo da Reforma Sanitária Brasileira se consolidando no texto constitucional em 1988.

5.2 AS CONFERÊNCIAS DE SAÚDE E O CONCEITO AMPLIADO DE SAÚDE

As Conferências Nacionais de Saúde são encontros realizados periodicamente e têm como objetivos principais avaliar a situação de saúde e propor diretrizes para a formulação da política de saúde nos três níveis de gestão para que ações possam ser adotadas a fim de produzir melhorias para a saúde pública. Estão previstas pela Lei no 8.142/90 e conforme o art. 1,

> A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde (BRASIL, 1990)

Profissionais de diversas áreas contribuem fazendo das conferências um grande momento para exercício da democracia sanitária no Brasil. Os conselhos de saúde possuem a função de fiscalizar o SUS para que as deliberações tomadas pelas Conferências de Saúde sejam efetivamente cumpridas. Essas Conferências servem como base e orientam os governos na elaboração dos planos de saúde nos âmbitos municipais, estaduais, e nacional. O CONASS (2009) afirma que ao longo da história das Conferências, estamos observando um aumento importante da participação da sociedade civil, o que garante a definição de políticas de saúde cada vez mais democráticas.

As Conferências foram instituídas em 1937, no primeiro governo de Getúlio Vargas. Até os dias atuais 14 conferências foram realizadas. Em novembro de 1941, foi realizada a 1ª Conferência Nacional de Saúde que tinha como principal objetivo,

> [...] ocupar-se dos diferentes problemas da saúde e da assistência, mas de modo especial dos seguintes: a) Organização sanitária estadual e municipal; b) ampliação e sistematização das campanhas nacionais contra a lepra e a tuberculose; c) determinação das medidas para desenvolvimento dos serviços básicos de saneamento e d) plano de desenvolvimento da obra nacional de proteção à maternidade, à infância e à adolescência. Um temário nitidamente relativo à gestão e administração dos serviços de saúde, no âmbito de um Estado que se constituía (CONASS, 2009).

A 2ª Conferência Nacional de Saúde foi realizada apenas em 1950, no final do governo militar de Eurico Gaspar Dutra, tendo como tema “Pontos de vista dominantes entre os Sanitaristas”. Nessa mesma época foi criado o Ministério da Saúde, que antes coexistia com o da Educação. Segundo o Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS), embora tenhamos poucas informações sobre esta Conferência especificamente, sabe-se que nesse mesmo período, foram também definidas as “Normas Gerais sobre Defesa e Proteção da Saúde”, constituindo um dos pontos fundamentais da Política Sanitária daquela época, instituindo o Código Nacional de Saúde (CONASS, 2009).

A 3ª Conferencia Nacional de Saúde ocorreu somente 13 anos após no governo do presidente João Goulart, com propostas de descentralização além da proposição de um Plano Nacional de Saúde. Nessa conferência, representantes para além da esfera federal e estadual puderam participar. Infelizmente suas deliberações foram contidas pelo golpe de 1964.

Durante o regime militar, ocorreram quatro conferências que tiveram como pontos comuns a realização de um debate mais técnico. Em 1967, tivemos a 4ª Conferência Nacional de Saúde com o tema “Recursos Humanos para as atividades de Saúde”; em 1975, a 5ª Conferência Nacional de Saúde, que teve como principal contribuição, as propostas de organização do Sistema Nacional de Saúde; em 1977, a 6ª Conferência Nacional de Saúde, com seu temário direcionado para a avaliação e análise de estratégias de implantação de programas governamentais; e a 7ª Conferência Nacional de Saúde, em 1980, que girou em torno do tema “A extensão das ações de saúde através dos serviços básicos”. (CONASS, 2009).

O CONASS (2009) afirma que essa última conferência, iniciou um debate que foi estendido para a 8 ª Conferência Nacional de Saúde, marco para o sistema de saúde brasileiro. Temas como intersetorialidade, recursos humanos, participação comunitária e outros, foram contemplados. O maior eixo dos debates, porém, foi a

formulação e implementação de um Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-Saúde), que propunha a criação de uma rede básica de saúde de cobertura universal.

Podemos perceber nesse período o fortalecimento de um movimento em torno da reivindicação de reformas mais profundas do sistema de saúde. A necessidade de mudança estava sendo anunciada, mas essas mudanças só viriam a se concretizar após o início do processo de redemocratização do país. O sistema de saúde centralizado, verticalizado e excludente, consolidado até então não respondia mais às necessidades da população.

Foi então que com a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, no período da Nova República, as mudanças começaram a ganhar contornos definidos e diretrizes foram pensadas para a reorganização do sistema. Teve sua Comissão Organizadora presidida por Sergio Arouca, uma das principais lideranças do Movimento da Reforma Sanitária (CONASS, 2009).

A 8ª Conferencia Nacional de Saúde, teve como temas norteadores, os seguintes itens: saúde como direito; reformulação do Sistema Nacional de Saúde; e financiamento do setor. Como resultado, o relatório da 8ª conferência explicitou as diretrizes para a reorganização do sistema estabelecendo a criação de um Sistema Único de Saúde – SUS – que separasse saúde de previdência através de uma ampla Reforma Sanitária. Como princípios, esse novo sistema teria:

> [...] a) referente à organização dos serviços: Descentralização na gestão dos serviços; Integralização das ações, superando a dicotomia preventivo-curativo; Unidade na condução das políticas setoriais; Regionalização e hierarquização das unidades prestadoras de serviços; Participação da população (...); Fortalecimento do papel do município; Introdução de práticas alternativas de assistência (...) b) atinentes às condições de acesso e qualidade Universalização em relação à cobertura populacional, a começar pelas áreas carentes ou totalmente desassistidas; Equidade em relação ao acesso dos que necessitam de atenção; Atendimento oportuno segundo as necessidades; Respeito à dignidade dos usuários por parte dos servidores e prestadores de serviços de saúde, como um claro dever e compromisso com a sua função pública; Atendimento de qualidade compatível com o estágio de desenvolvimento do conhecimento e com recursos disponíveis; Direito de acompanhamento a doentes internados, especialmente crianças; Direito à assistência psicológica (BRASIL, 1986, pg. 18).

Tivemos também como produto dessa Conferência a afirmação de uma visão ampliada da saúde. No relatório final, como saúde temos:

> Em sentido amplo, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde. Sendo assim, é principalmente resultado das formas de organização social, de produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. (BRASIL, 1986, pg. 4)

Contrapondo-se ao paradigma da Prevenção de Doenças e corroborando com a lógica do paradigma Promoção da Saúde reafirmado na 2ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em 1988 na cidade de Adelaide na Austrália, o conceito passou a ser relacionado à noção de promoção da saúde, que significa capacitar a comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação social no controle do processo de saúde e doença (OPAS, 1986). Saúde passou a ser condição resultante da criação, da promoção e da manutenção de políticas públicas saudáveis, a fim de desenvolver competências e habilidades para cuidar de si e dos outros (CZERESNIA, 2003).

Essa nova concepção de saúde procura levar em consideração as dimensões econômica, social e política na produção da saúde e da doença nas coletividades. Ela contrapõe-se à concepção biomédica, baseada na primazia do conhecimento anatômico/patológico e na abordagem mecanicista do corpo, cujo modelo assistencial está centrado no indivíduo e na doença. Essa nova concepção, que ocorre tanto em âmbito nacional, como internacional, defende como princípios e diretrizes para um novo e único sistema de saúde a universalidade, a integralidade, a equidade, a descentralização, a regionalização e a participação social.

O Estado Brasileiro passou a olhar a saúde como sendo resultado do modo de organização da sociedade, dessa forma, a nova concepção de saúde vem sendo reafirmada nas Conferências Nacionais de Saúde desde a 8ª até a última, a 14ª Conferência Nacional de Saúde, realizada no Centro de Convenções Ulysses Guimarães, em Brasília, acontecendo entre os dias 30 de novembro e 4 de dezembro de 2011, sob o tema “Todos usam o SUS! SUS na Seguridade Social, Política Pública e Patrimônio do Povo Brasileiro”,

Lunardi (1999) ressalta que apesar do mérito deste conceito em articular saúde e sociedade, alguns críticos assinalam a ideia de que a saúde não pode ser entendida como um meio e um instrumento de transformação da sociedade como um todo, como o eixo principal e norteador das lutas de mudanças da sociedade. Segundo Caponi (1997) tais condições exigidas para alcançar a saúde, na verdade,

podem se constituir apenas em uma pequena parte do problema da saúde, já que, em países desenvolvidos, tais condições foram alcançadas e, no entanto, as pessoas continuam adoecendo por outros problemas.

Além deste argumento, outros riscos advindos desse conceito são destacados por Caponi (1997), por exemplo, a perda de referência da especificidade biológica. Como segundo problema, indica a extensão do conceito que permitiria a inserção de praticamente todos os âmbitos da existência dos homens numa relação de saúde-doença, possibilitando a sua medicalização, isto é, tornando, de certa forma, até "desejável" a medicalização da existência.

Baseados nessa nova concepção de Saúde, os próprios sistemas de saúde passaram por várias reorientações. De acordo com a Carta de Otawa,[32] essa reorientação se expressa através da formação dos profissionais e, principalmente, pela atuação intersetorial. Porém, para Lefévre e Lefévre (2004) e Carvalho (2005), no entanto, ao definir como instância privilegiada a intersetorialidade, a política de saúde deixaria de ter um objetivo setorial específico. Ao afirmar que a saúde é responsabilidade de todos os setores (habitação, emprego, renda, meio ambiente etc), a perspectiva da intersetorialidade esvaziaria a ação específica do setor saúde em detrimento de ações políticas globais com alto grau de generalidade.

Apesar das falhas e dos aperfeiçoamentos necessários, o sistema de saúde brasileiro é citado pela OMS como exemplo de avanços na construção de processos decisórios participativos. As Conferências possuem grande responsabilidade dentro desse contexto, pois tão importante quanto sua contribuição para direcionar políticas de saúde, as conferências têm também papel fundamental na construção de consciência nacional sobre o direito à saúde e a importância do SUS. Essa visão ajuda a construir um suporte político, em âmbito local e estadual, para que ações que implicam em redirecionamento do modelo de atenção sejam implementadas (CONASS, 2009).

---

[32] http://www.mpba.mp.br/atuacao/cidadania/gesau/legislacao/internacionais/carta_ottawa.pdf Acessado em: 12 de Setembro de 2012.

5.3 OS CAMINHOS DA EDUCAÇÃO FÍSICA PARA A PRODUÇÃO DE SAÚDE

5.3.1 Educação Física e Atividade Física: a existência de uma "bio-educação física" [33]

Quando falamos em Educação Física e Saúde nos dias de hoje, atentamo-nos para duas principais tendências que permeiam o campo: uma educação física atrelada à atividade física como percussora de saúde, e uma educação física atrelada às práticas corporais,[34] como produtora de saúde.

Mendes (2013) levanta a ideia da existência de uma bio-educação física, atrelada ao modelo biomédico, com foco na doença e no componente técnico. Isto posto, a autora salienta a necessidade de uma visão mais ampla que leve em conta a subjetividade das relações sociais que rodeiam o sujeito.

Estamos em constante confronto com a prática de atividade física associada a uma vida saudável. Esse contexto da atividade física vem sendo cada vez mais massificado e disseminado pela mídia. É interessante salientar que em virtude do discurso já arraigado na população, é muito difícil não utilizar Educação Física e atividade física, em algum momento pelo menos, como sinônimos. Freitas (2007) nos atenta para essa discussão e, dialogando com Carvalho (2001), sugere que a expressão Educação Física não é neutra, pois o significado que o termo carrega, implícito nas diferentes concepções, não foge a mera associação com atividade física de maneira geral.

Freitas (2007) assinala que a atividade física, pela sua capacidade de delinear corpos saudáveis, fortes e belos, muitas vezes incentivados pelo seu aspecto mercadológico, chama a atenção da sociedade. Além disso, segundo Carvalho (2001), o discurso que até pouco tempo enfatizava a atividade física como produtora de saúde, convive paralelamente com a disseminação de outro que vincula a atividade física ao poder de remediar a doença.

---

[33] O termo *bioEducaçãoFísica* foi adotado neste trabalho após ser sugerido por Mendes (2013) em sua dissertação de Mestrado. A autora utilizou o termo, em virtude das orientações do Prof. Dr. Gastão Campos durante o exame de qualificação. O docente associou essa *bioEducaçãoFísica* a uma Educação Física que considera a saúde em uma lógica tradicional, reduzida e limitada sobre o processo saúde-doença-intervenção, cuja ênfase tem sido a doença e a fisiologia sem que seja considerada a complexidade da vida, incluindo os fatores subjetivos e sociais

[34] Abordaremos esse termo, no decorrer do texto de forma mais aprofundada.

A atuação do profissional de Educação Física na saúde é amplamente atrelada à prática de atividade física com ênfase no modelo biomédico que privilegia a dimensão biológica em detrimento das relações sociais. Carvalho (2001) nos atenta para este fato afirmando que a Educação Física voltada para a área da saúde sempre levou em consideração dados estatísticos não se atentando para a história da sociedade, responsabilizando em muitos casos o individuo pelas suas condições de vida. Esse modelo de intervenção teve início com a Educação Física Higienista que levava em consideração a eugenização e a disciplinarização do sujeito.

Góis Junior e Lovisolo (2003) afirmam que no fim do século XIX e início do século XX surgiu no Brasil um movimento em prol da saúde e da educação pública que levava como bandeira a adoção de novos hábitos higiênicos. Esse movimento foi denominado Movimento Higienista (SOARES, 2001).

Os higienistas pregaram novas formas de cuidar do corpo, que afastariam epidemias e ainda tornariam os indivíduos mais dispostos ao trabalho, prometendo assim um melhor bem-estar para a vida quotidiana. Os higienistas brasileiros adotaram então as duas formas de prevenção que foram levantadas na época: o combate ao microorganismo causador da doença (bacteriologia) e a melhoria das condições de vida (miasmas). Assim, “o discurso higienista estava presente não somente nas campanhas de vacinação [...], mas na urbanização das cidades, na Educação, na industrialização, e em outros vários setores.” (GÓIS JUNIOR, 2000, pg. 135).

Atrelada a essa ideia, a Educação Física ganha um novo papel perante a sociedade, o de aprimorar a condição de saúde do indivíduo, possibilitando, de acordo com o contexto da época, uma melhor adaptação ao trabalho industrial.

Segundo Góis Junior (2000), a Educação Física passa então a ter um caráter utilitário, intervencionista, passando a ter como objetivo, juntamente com disciplinas como Higiene e Biologia, ensinar preceitos higiênicos que significavam muito mais que normas profiláticas, mas também ensinamento de valores, atuando diretamente na saúde individual e coletiva do individuo. O autor salienta que todos os higienistas mostravam-se favoráveis a atividade física como hábito higiênico. Ele cita como exemplo um importante sanitarista da época, João de Barros Barreto, o qual dizia que.

> “Os exercícios físicos eram a coordenação e sistematização dos movimentos musculares, que deveriam ser regradas, sem abusos, pois

> assim traria inúmeros benefícios ao organismo humano. A ausência das atividades físicas poderia prejudicar o pleno funcionamento do corpo, causando deformações no aparelho digestivo, respiratório e no sistema cardiovascular" (BARRETO, 1948 apud GÓIS JUNIOR, 2000, pg. 151).

Góis Junior (2000) prossegue dizendo que a Educação Física era vista como uma medida profilática e que segundo os manuais de higiene da época

> [...] o treinamento físico, que era resultante da prática continuada e metodicamente intensificada dos exercícios musculares até um certo limite, ia acarretando uma adaptação funcional a maiores exigências**,** um aperfeiçoamento da resistência ao esforço requerido, um rendimento mais nítido do trabalho solicitado, enfim, um aumento na resistência à fadiga. Com esta adaptação às exigências acrescidas de esforço, poderia se alcançar um ponto ótimo, reduzindo-se em torno de 40 % do dispêndio de energia, necessário a um determinado exercício; tudo isto, graças à melhoria de ação do sistema nervoso, ao apuro na coordenação dos movimentos, eliminando-se os supérfluos. (GÓIS JUNIOR, 2000, pg. 152)

Dentro desse contexto, as atividades físicas passaram a ser amplamente valorizadas até mesmo dentro do âmbito educacional. O esporte (educacional) e os métodos ginásticos tornaram-se os meios mais utilizados na época pelas escolas, e por mais que se diferenciassem na prática, os objetivos eram os mesmos (GÓIS JUNIOR, 2000).

Góis Junior (2000) afirma que a mentalidade da Educação Física é muito influenciada pelos ideais higienistas, mais até do que pelo pensamento militar. Segundo o autor, a influência militar na área está nos métodos ginásticos, na ênfase da disciplina e dos valores físicos. Porém, o autor ainda afirma que estes pressupostos de uma Educação Física rotulada como militarista, tem origem no pensamento higienista, pois o ideal higienista também pregava valores morais e disciplinadores.

Gois Junior (2000) afirma que,

> Não concebemos uma divisão entre os valores do chamado "higienismo" e militarismo. Se entendermos que a sistematização das práticas físicas, ou seja, a Educação Física moderna, foi uma exigência dos higienistas, saberemos que a Higiene não é irmã da primeira, mas sim, a própria mãe (pg. 168).

Góis Junior (2000) e Góis Junior e Lovisolo (2003) sugerem uma interessante comparação entre os ideais higienistas da época, com os ideais de saúde suscitados nos dias de hoje. Em ambos os trabalhos os autores acenam para o fato de que o

ideal higienista preocupava-se com uma política de democratização da saúde e educação. Já os ideais de saúde dos dias atuais preocupam-se mais em demonstrar os benefícios da atividade física e de uma alimentação saudável, do que mostrar como tornar isto acessível à população mais necessitada, por exemplo. Essa forma de agir deixa espaço para a ação individual no plano da saúde, para a responsabilidade de cada um com sua própria saúde (GÓIS JUNIOR, 2000; GÓIS JUNIOR; LOVISOLO, 2003).

Porém, segundo os mesmos autores, algumas ideias continuam sendo as mesmas, como por exemplo, a supervalorização das atividades físicas diante da promoção da saúde. Os dois ideais possuem discursos que propagam os benefícios da atividade física supervalorizando assim o papel dela diante da saúde do indivíduo.

Não podemos deixar se salientar, e veremos mais adiante com maior aprofundamento, que o movimento em prol da saúde continua passando por inúmeras mudanças. As políticas atuais estão tentando concentrar esforços para possibilitar ao cidadão condições para a busca de uma melhor qualidade de vida, mesmo que a priori a ênfase maior ainda seja na prática da atividade física em si.

Em suma, temos uma Educação Física historicamente ligada ao processo de higienização, à militarização dos corpos, à ordem médica, ao processo de normalização feito pela escola, que associa a atividade física com a saúde, na assertiva de que, por movimentar o corpo, a Educação Física promete saúde. Com esse *boom* da promoção da saúde, essa mesma Educação Física passou a girar em torno da promoção de um estilo de vida saudável, ratificando o axioma já mencionado por Fraga (2006a).

Fraga (2006a) ainda ressalta que hoje nos deparamos com uma atualização do discurso sobre a relação entre Educação Física e saúde. O que vemos é uma ênfase na difusão de informações dos benefícios da atividade física em detrimento da própria prática. Os profissionais da área tem se vinculado a modelos prescritivos, que acabam por “mapear as populações marginais” à medida que os sujeitos não aderem àquele modelo tido como o melhor para uma vida saudável, promovendo assim uma responsabilização do indivíduo pela condução da sua própria saúde. Surge então, o sedentário, o gordo, o fumante, etc.

Assim como Fraga (2006a), Machado (2007) afirma que na Educação Física as preocupações no campo da saúde estão ligadas aos fatores relacionados a uma

melhoria da “qualidade de vida”. Deparamos-nos então com o conceito de “vida ativa” que segundo Fraga (2006b) seria o “nome fantasia” da atividade física associada à saúde. A Educação Física tenta nessa brecha, entrar na área da promoção da saúde pública. Um exemplo é o Programa “Agita São Paulo” que, baseando-se em estudos de fisiologia do esforço e epidemiológicos, anuncia que sessões de 30 minutos diários, sob intensidade moderada, desenvolvidas continuamente ou em períodos de 10 a 15 minutos, preferencialmente todos os dias da semana, contabilizando um gasto energético mínimo de 2000 calorias semanais, podem representar o passaporte para Saúde da população.

Segundo esse Programa, o individuo que se submete a esse modelo é considerado saudável e não mais sedentário (FRAGA, 2006b). Mira (2003) sinaliza que as correlações entre os exercícios físicos e saúde têm-se sustentado em um provável efeito de causalidade, defendido por argumentações epidemiológicas. Segundo o autor, a disseminação dos possíveis efeitos de promoção e prevenção dos exercícios sobre a saúde das pessoas não pode ser compreendido de forma unidimensional e determinista.

Fraga (2006b) afirma que o discurso da vida ativa começou a ser apontado em meados dos anos 1950, ao surgirem estudos associando atividade física moderada a benefícios físico-sanitários no combate a doenças crônico-degenerativas. Em 1988 com a “Primeira Conferência Internacional de Consenso sobre exercício físico, aptidão física e saúde”, realizada no Canadá, foram estabelecidos os conceitos de atividade física, exercício físico, e estilo de vida ativo, delineados na Carta de Otawa. A necessidade de “ativar a vida” na rotina diária e a inclusão do gasto energético como direção fundamental da atividade física voltada para a saúde estavam claramente impregnada nesses conceitos (FRAGA, 2006b).

A mensagem proferida pela Conferência acaba responsabilizando o indivíduo pela sua saúde, e de acordo com Nogueira e Palma (2003) promovem o que os autores chamam de uma visão medicalizada da saúde, apostando em técnicas de mudança de comportamento, formando um pacote de promessas para a felicidade, incluindo “passaportes para saúde”, “qualidade de vida” e “longevidade”.

Esse “estilo de vida ativo” é bastante difundido pela mídia, pois segundo estudos de Fraga (2006b), essa é a forma mais econômica e politicamente mais eficiente de adentrar no discurso da promoção da saúde, fazendo com que a exposição positiva desses preceitos na mídia seja apontada como a forma mais

eficiente de generalização e aceitação das novas recomendações sobre atividade física.

Como já salientamos, toda essa discussão no remetem a existência de uma bio-educação física que intervém sobre a saúde da população de uma forma prescritiva, culpabilizadora e homogeneizante remetendo-se assim a um olhar reduzido e fragmentado do trabalho em saúde (MENDES, 2013).

Não devemos, entretanto desconsiderar a dimensão biológica. Sabemos da importância que a atividade física, quando praticada corretamente, possui ao agir de forma benéfica na saúde fisiológica do indivíduo. Sabemos que a prática regular e bem orientada de exercícios traz benefícios à saúde. Porém, não podemos deixar de lado a dimensão subjetiva que permeia o indivíduo. Ao considerar essas dimensões entrelaçadas, a Educação Física se enquadra como uma área com capacidade de atuar na saúde do indivíduo, podendo desempenhar papel importante na prevenção, promoção, manutenção e reabilitação da mesma.

5.3.2 A Educação Física no campo das práticas corporais

Embora esse conceito muitas vezes fique somente na teoria, quando falamos de promoção da saúde, estamos nos referindo, segundo o que sugere Bueno (2007), àquele conceito que questiona a medicina tradicional, e incorpora as dimensões políticas e socioeconômicas atreladas ao processo de gestão em saúde no país. O autor afirma que a promoção de saúde representa uma nova concepção para contemplar a questão da saúde pública, renegando a doença como algo que deve ser enfrentado somente diante dos conceitos biomédicos.

Segundo a carta de Otawa, Promoção da Saúde significa “capacitação das pessoas e comunidades para modificarem os determinantes da saúde em benefício da própria qualidade de vida”,[35] e segundo Bueno (2007) abrange cinco campos de atuação, sendo eles: criação de ambientes saudáveis, capacitação da comunidade, desenvolvimento de habilidades individuais e coletivas, implementação de políticas públicas saudáveis e a reorientação dos serviços de saúde. É dentro desse campo que o autor citado, corroborando com Lefèvre (2004), afirma que essa promoção da

[35] In: http://www.mpba.mp.br/atuacao/cidadania/gesau/legislacao/internacionais/carta_ottawa.pdf acessado em: 26 de Outubro de 2013.

saúde admite que a simples ausência de doença não implica a presença de saúde, uma vez que não se interferiu nas causas básicas ou determinantes da doença.

Entretanto, como sugere Fraga (2006b), na maioria das vezes não é o que acontece. Ao difundir um “estilo de vida ativo” a mídia associa essa promoção da saúde apenas com a prática de atividade física a partir de uma atitude prescritiva. Surge então a necessidade de um encontro entre a Educação Física e a Saúde Coletiva na perspectiva de que a saúde possa ser vista além de um programa de exercícios ou serviços médicos assistenciais. É importante sempre lembrarmos que o indivíduo mobiliza “junto com um corpo de ossos e músculos, um corpo de afetos e de expansão da experiência humana” (CECCIM E BILIBIO, 2007, p. 54), logo a dimensão social não pode ser descontextualizada.

Não podemos generalizar dizendo que não há benefícios orgânicos decorrentes da atividade física, porém, a forma como essa temática é trabalhada na sociedade sustenta uma política de responsabilização de cada indivíduo sobre a sua saúde na tentativa de massificar uma norma moralizante de “corpo sarado”, “geração saúde” (BAGRICHEVSKY, et al. 2006). É um enfoque eminentemente individualista.

Para uma inserção da Educação Física na área da Saúde Coletiva, emerge uma necessidade de quebra do enfoque reducionista de saúde que a própria Educação Física advoga. A ideia “pratique exercício, ganhe saúde” tem que ceder lugar para uma relação entre a saúde e a sociedade, atentando-se mais para o corpo social e não biomédico (BAGRICHEVSKY, et al. 2006).

Entendemos saúde coletiva, segundo Bagrichevsky e Estevão (2005, p.71) como sendo “o campo que designa um agregado de saberes e práticas referidos à saúde como fenômeno social e, portanto, de interesse público”. Dessa forma, Carvalho (2005) por sua vez, sugere que a Educação Física deve analisar a constituição do campo da Saúde Coletiva, para que assim conheça outras formas de pensar e agir no universo da saúde. A autora define este campo como:

> [...] um campo de saberes e práticas que toma como objeto as necessidades sociais de saúde, com intuito de construir possibilidades interpretativas e explicativas dos fenômenos relativos ao processo saúde-doença, visando a ampliar significados e formas de intervenção (pg.20).

Carvalho (2005) afirma que, quando visualizados dentro da área da saúde coletiva, os conteúdos da Educação Física devem ir além da simples realização de tarefas motoras. A autora ainda assinala a ideia de que a saúde coletiva pode contribuir para que os profissionais de Educação Física possam reconhecer outros modos de pensar e agir na produção de saúde ao levarem em consideração os grupos sem acesso a informações relativas ao corpo, bem como a construção de políticas comprometidas com a saúde. Segundo ela, é inexplicável o porquê da Educação Física manter tão poucos vínculos com o sistema público de saúde, por exemplo.

É nesse sentido que Carvalho (2006, 2007) propõe o trabalho a partir das Práticas Corporais. A autora compreende Práticas Corporais como modos de expressão "[...] da cultura corporal de determinado grupo, e que carregam sentidos e significados que as pessoas lhes atribuem" (CARVALHO, 2007, pg. 65).

Carvalho (2006) assinala que a atuação com os sujeitos a partir dessa perspectiva, faz emergir a possibilidade de novas experiências com o corpo e com a produção de saúde que não aquelas com referência apenas na atividade física. Em seu estudo, Mendes (2013) afirma que investigações[36] feitas têm possibilitado discussões sobre práticas corporais como modo de produção de saúde, bem como a busca de experimentações que se enquadrem com mais coerência aos princípios do SUS.

Carvalho (2006, pg. 33) levanta a ideia de que "as práticas corporais podem encontrar na atenção básica e no programa saúde da família um espaço para a composição de ações voltadas ao cuidado e a atenção" à medida que possibilitam o encontro visando a construção de vínculos.

Para tanto, os profissionais da saúde, e no nosso caso, os da Educação Física, precisam reconhecer a importância da via de mão dupla quando visualizamos as necessidades dos sujeitos de forma ampliada. Cria-se a necessidade de intervenções transversais no sentido não de promover a saúde das pessoas, mas sim de produzir saúde, ressignificando assim os modos de agir e pensar sobre a questão da saúde. Dentro desse contexto, Carvalho (2006) destaca que embora as

[36] Mendes (2013) ressalta como uma dessas investigações a tese de livre docência de Carvalho, defendida no ano de 2010 na FSP (Faculdade de Saúde Pública) da USP (Universidade de São Paulo), intitulada: "Práticas Corporais como prática de saúde e de cuidado no contexto da promoção da saúde".

práticas corporais estejam ganhando espaço, a maioria das propostas ainda trabalha com a perspectiva da atividade física.

Estamos falando de uma concepção ampliada de saúde, logo, precisamos também que um novo perfil de profissional seja apresentado. Não basta termos um posicionamento crítico com relação ao conceito de saúde e à prática dos serviços. Existe a necessidade da organização de uma ação cuidadora integral, como o direito de cidadania. Devemos estabelecer uma formação profissional e não apenas uma informação engessada, como há muito tempo vemos nos currículos. (ROCHA E CENTURIÃO, 2007)

A própria formação dos profissionais não contribui para essa visão. Fraga et al. (2013) levantam a ideia de que na maioria dos currículos de Educação Física não se observa menção ao SUS, reafirmando assim a distância entre as políticas de formação em Educação Física e as do campo da saúde. Os autores supõem que esse silêncio referido ao SUS reflete a baixa visibilidade dos profissionais da Educação Física nas ações propostas pela gestão desses serviços. Atualmente encontramos uma tímida inserção formal dos profissionais da Educação Física em ações públicas, como a Estratégia Saúde da Família (ESF), o NASF e outros. Esse fato indica, para o campo da saúde e também para a área da Educação Física, a potencialidade deste profissional na articulação de práticas de cuidado de caráter multiprofissional, inspiradas no princípio da integralidade da atenção. (FRAGA et al. 2013)

Durante a formação/graduação o estudante encontra poucas oportunidades de se vincular a essa temática. O PET-Saúde[37] (Programa de Educação Tutorial) se encontra como sendo uma das poucas estratégias de aproximação dos acadêmicos aos serviços públicos de saúde e que tem conseguido acolher outros modos de pensar e fazer o cuidado com as práticas corporais.

Fraga et al. (2013) apontam duas experiências recentes: o trabalho intitulado “As Práticas Corporais no SUS: o PET-Saúde ‘observando’ o direito ao cuidado e à atenção em saúde”, apresentado por Andrea Vidal e Yara Maria de Carvalho no V

[37] Portaria Interministerial nº 421, de 3 de março de 2010. Art. 2º O PET Saúde tem como pressuposto a educação pelo trabalho, caracterizando-se como instrumento para qualificação em serviço dos profissionais da saúde, bem como de iniciação ao trabalho, dirigidos aos estudantes dos cursos de graduação e de pós graduação na área da saúde, de acordo com as necessidades do SUS, tendo em perspectiva a inserção das necessidades dos serviços como fonte de produção de conhecimento e pesquisa nas instituições de ensino. Disponível em: http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/inter-ministerial/103143-421.html acessado em 22 de Setembro de 2013.

Congresso Nacional de Educação Física, na cidade de Bauru no ano de 2011, e o Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) de Guilherme dos Santos Torres , intitulado "Educação Física na Estratégia de Saúde da Família: relato de experiência sobre as atividades na Unidade de Saúde da Família Rincão. Temos ainda o VER-SUS/BRASIL que segundo o *site* do Ministério da Saúde/Portal da Saúde, é "um projeto desenvolvido pelo Ministério da Saúde em conjunto com as entidades estudantis dos cursos da área da saúde e as secretarias municipais de saúde, com o objetivo de oferecer a estudantes universitários vivências e estágios no SUS com duração de 15 a 20 dias."[38]

Concordamos com Luz (2007) quando ele salienta que os profissionais da área da Educação Física precisam incorporar além de uma "consciência sanitária", a consciência de que quando se trata de saúde coletiva, não se trata de "treinar" (caso do desporto) ou de "adestrar" (caso da maioria das ginásticas), talvez nem mesmo de "habilitar" (caso da educação escolar) o corpo dos praticantes, mas sim, através da atividade, colocar em contato com seu próprio corpo, pessoas que jamais se detiveram para "senti-lo" ou "ouvi-lo" como algo seu, com capacidades e limites. É necessário, ter uma visão que supere o modelo biomecânico. Segundo Bagrichevsky (2007, pg.40) "ignorar essas perspectivas, deixando-as de lado em propostas curriculares da educação física pode ser, de fato, uma perda substancial, sobretudo se a área pretender inserir-se de forma definitiva nas práticas de saúde do SUS-PSF". Não podemos negligenciar esse fato.

Fraga et al (2013) sugerem ser necessário pensar a produção de políticas de formação em Educação Física e saúde coletiva a partir do viés das práticas corporais, visto que esta visão está mais alinhada com a humanização do cuidado e com a atenção integral à saúde, do que a ideia da atividade física. Essa proposta contribui para uma ressignificação das competências e das habilidades necessárias a um trabalho intersetorial e multiprofissional, potencializando a inserção das práticas corporais, objetivando uma promoção da saúde mais participativa e democrática.

Alinhando esse pensamento com o objetivo do nosso estudo, compreendemos que a inserção do profissional de Educação Física nas políticas públicas de saúde possui como maior porta de entrada, as práticas corporais. O

[38] Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/sgtes/visualizar_texto.cfm?idtxt=22371, acessado em 22 de Setembro de 2013.

sistema de saúde do nosso país, o SUS, trabalha com a perspectiva ampliada de saúde, logo, as políticas devem ser propostas e planejadas nesse sentido. Os princípios e as diretrizes do SUS se encaixam perfeitamente com a ideia da produção da saúde por meio das práticas corporais. Cabe ao profissional de Educação Física, reavaliar suas ações no sentido de oferecer um trabalho mais ampliado a população.

5.4 O SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE COMO CAMPO DE INTERVENÇÃO PARA O PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA.

Dada a implementação do SUS, algumas ações e programas foram criados no intuito de atender às necessidades do sistema. Com destaque à atenção básica, o Ministério da Saúde propôs o Programa Saúde da Família (PSF) a partir de 1994, como uma nova forma de organização da prática assistencial, por meio de ações multidisciplinares.

O PSF é visto como uma nova maneira de trabalhar a saúde, tendo a família como centro de atenção e não somente o indivíduo doente, introduzindo nova visão no processo de intervenção em saúde na medida em que não espera a população chegar para ser atendida, pois age preventivamente sobre ela a partir de um novo modelo de atenção. Para o Ministério da Saúde, o PSF é uma estratégia que visa atender o indivíduo e a família de forma integral e contínua, desenvolvendo ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Tem como objetivo reorganizar a prática assistencial centrada no hospital, passando a enfocar a família em seu ambiente físico e social (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997).

Dentro desse contexto, várias políticas foram sendo pensadas e implementadas. Uma delas foi a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), regulamentada pela Portaria nº 687/GM, de 30 de março de 2006. Segundo Ministério da Saúde (2006), a PNPS foi criada no sentido de dar diretrizes e apontar estratégias de organização para as ações de promoção da saúde nos três níveis de gestão do SUS a fim de garantir a integralidade do cuidado. A PNPS reconhece que não devemos pensar em uma saúde focada na doença, constituindo-se assim em um instrumento de fortalecimento e implantação de ações transversais, integradas e intersetoriais. Tais ações visam um diálogo entre as diversas áreas do setor

sanitário, outros setores do Governo, setor privado e não governamental e a sociedade em geral.

Como mais uma forma de consolidar essas estratégias, bem como a inserção das equipes do PSF, foi criado o NASF através da Portaria GM nº 154, de 24 de Janeiro de 2008, republicada em 04 de Março de 2008, que tem como meta ampliar o atendimento e a qualidade dos serviços do SUS (BRASIL, 2008). Com a proposta central de aumentar o número de profissionais de diferentes áreas de conhecimento que atuem em conjunto com as equipes do programa saúde da família, o NASF reconhece no total 13 ocupações, sendo uma delas, o profissional de Educação Física.

Segundo a portaria de criação do NASF, as ações de atividade física/práticas corporais devem propiciar a melhoria da qualidade de vida da população, a redução dos agravos e dos danos decorrentes das doenças não transmissíveis, favorecendo assim a redução do consumo de medicamentos, a formação de redes de suporte social possibilitando a participação ativa dos usuários na elaboração de diferentes projetos terapêuticos, devendo assim buscar a inclusão de toda a comunidade e não somente aquela parcela acometida por doença ou vulnerável. O NASF é considerado como uma tentativa de implementação de uma política de ações voltada para intervenções que contribuam com a manutenção da saúde através de atividade física/práticas corporais regular proporcionando assim a melhoria da qualidade de vida individual e/ou coletiva.

Em nível federal, contamos ainda com outros programas que privilegiam a prática da atividade física, como por exemplo, a Academia da Saúde. O Ministério da Saúde, segundo a portaria nº 719, de 07 de abril de 2011 institui em seu artigo 1º o Programa Academia da Saúde no âmbito do SUS, a ser implantado pelas Secretarias de Saúde do Distrito Federal e dos municípios, com o apoio técnico das Secretarias Estaduais de Saúde e do Ministério da Saúde. O Programa Academia da Saúde tem como objetivo principal contribuir para a promoção da saúde da população a partir da implantação de polos com infraestrutura, equipamentos e quadro de pessoal qualificado para a orientação de práticas corporais e atividade física e de lazer e modos de vida saudáveis.

Dentro desse contexto, o profissional de Educação Física, devidamente reconhecido pelo Conselho Nacional de Saúde a partir da Resolução nº 218, de 06 de Março de 1997, está qualificado e legalmente habilitado para intervir no seu

campo profissional prevenindo doenças, promovendo a saúde e contribuindo para a qualidade de vida.

Vale a pena ressaltar que, de modo geral, se nos atentarmos para “o conteúdo” encontrado nos documentos até agora consultados, como já salientou Freitas (2007), percebemos que eles fazem muita referencia à atividade física. Segundo a autora, atividade física em si é o elemento central dessas práticas, o que acaba por limitar a ação do profissional da área.

Ao recorrermos à produção no campo, percebemos ainda uma incipiência quanto à atuação efetiva do profissional de Educação Física na saúde pública. O que encontramos são alguns relatos de experiência (COUTINHO, 2005; FREITAS, 2007; SILVA E OLIVEIRA, 2013; etc.), alguns trabalhos na perspectiva de saber como os profissionais de saúde, e os próprios alunos do curso de graduação enxergam essa inserção (CARVALHO et al., 2011; MIRANDA et al., 2007; etc.), trabalhos de revisão (COQUEIRO et al.m 2006; MALTA et al., 2009; QUINT et al., 2005; etc.).

Estamos sim vivenciando um aumento da inserção desse profissional no campo da saúde. O NASF, por exemplo, propõe a ressignificação das atividade física/práticas corporais, a partir do entendimento de saúde como resultante dos determinantes e condicionantes sociais da vida, destacando como essencial para o profissional de saúde o reconhecimento da promoção da saúde como resultado da dinâmica de produção de vida. (SCABAR et al.,2012).

Segundo resolução nº 7/2004 do CNE (Conselho Nacional de Educação), as Diretrizes Curriculares Nacionais ressaltam que a formação do profissional de Educação Física deve propor a aquisição e o desenvolvimento de competências e habilidades específicas que contemplem a perspectiva da promoção da saúde nas diferentes esferas de atuação destes profissionais, propondo assim uma formação voltada para o contexto social dos indivíduos e das comunidades a fim de estimular a adoção de hábitos saudáveis.

Scabar et al. (2012), dentro desse contexto, salientam que o profissional de educação Física deve estar capacitado para trabalhar junto a uma equipe multiprofissional, para as atividades de gestão e para lidar com políticas de saúde, além das práticas de diagnóstico, planejamento e intervenções específicas do campo das práticas corporais e atividades físicas.

Diante dos trabalhos consultados sobre essa temática, percebemos que a intervenção dos profissionais de Educação física em serviços de saúde está sendo considerada, porém, em sua maioria, na ênfase da atividade física. Segundo Freitas (2007), o profissional de Educação Física enquadra-se na perspectiva de “ministrar aulas de atividade física”, o que contribui para que a visão tecnicista e biológica do indivíduo continue sendo o pilar principal. A autora ainda cita alguns outros estudos que sugerem a atuação do profissional de Educação Física para além dos locais tradicionais de intervenção, mas que também estão norteados por uma concepção biológica do individuo.

Como já foi salientado, e de acordo com o que alguns autores afirmam (BILIBIO E CECCIM, 2007; ANJOS E DUARTE, 2009; etc.), a formação desses profissionais se apresenta de forma distanciada da demanda imposta pelos serviços públicos de saúde. A associação da área da Educação Física com a atividade física ainda predomina e isso evidencia que o preparo do profissional tem sido centrado na prescrição de diagnóstico e avaliação, protocolos regidos por parâmetros puramente biológicos. Segundo Anjos e Duarte (2009) é importante e necessário repensar o processo de formação desses profissionais uma vez que a demanda no campo da saúde, pautada inclusive, nas constatações epidemiológicas, é uma crescente que exige dos mesmos o assumir de uma postura consciente e eficiente. O processo de mudança se inicia na formação.

5.5 REFLEXÕES QUE NOS CERCAM

Estamos acostumados a presenciar, principalmente por meio da mídia, a disseminação da noção de saúde que acaba por moldar o sujeito a uma forma que segundo os especialistas seria um meio correto de se viver. A qualidade de vida acabou se tornando uma meta para preservação da saúde. A própria ideia de saúde ganhou uma nova conotação passando de ausência de doença para um completo bem estar físico e mental, segundo a OMS.

A partir de 1988, com a nova Constituição brasileira, a saúde do individuo passou a ser vista de forma integral, holística, associada aos fatores ambientais, sociais, econômicos, culturais, e outros que a cercam. Essa nova compreensão

sugere uma maior integração com o meio ambiente, fazendo com que o indivíduo se perceba como participante do meio natural e social. Hoje, a maioria dos serviços de saúde são pautados nessa visão. O SUS foi pensado, por exemplo, para trabalhar com a concepção ampliada de saúde, que como já vimos considera o ser humano de maneira integral.

Partindo do pressuposto apresentado, pensamos ser necessário instituir espaços de encontros e de trocas que fortaleçam a articulação da ação e integração entre os profissionais de saúde. As equipes multiprofissionais se apresentam como a principal estratégia para a atuação conjunta dos profissionais de diferentes áreas a fim de promoverem a integralidade no cuidado em saúde.

Dentro desse contexto, a Educação Física encontra seu lugar. A mudança no estilo de vida do individuo no intuito de contribuir para a promoção e a prevenção da saúde, pensamento advindo de uma visão ampliada, é o elo que faltava para que a Educação Física, área por anos negligenciada, pudesse penetrar no sistema e achar meios para se afirmar como pertencente à área da saúde.

Concordamos com a ideia levantada por Mendes (2013) da existência de uma *bio-educação física*, pautada no enfoque biológico do indivíduo. Porém, salientamos que não devemos reduzir Educação Física à atividade física, e muitos menos afirmar que atividade física é, ou gera saúde. Emerge dentro da área a necessidade da quebra desse enfoque reducionista. Autores apresentados no texto, principalmente aqueles vinculados a área da Saúde Coletiva, propõem a substituição da visão embasada na atividade física, por uma visão que privilegie as práticas corporais.

Pensar a Educação Física dentro desse contexto vai ainda além. Devemos lembrar que a maioria das escolas de graduação ainda se fundamenta dentro desse enfoque biológico e reducionista. Não adianta um novo pensamento para o sistema se os profissionais que nele irão atuar são formados com padrões que vão de encontro ao que está sendo posto. Emerge também a necessidade de uma reformulação da formação, não só da Educação Física, como também de todos os cursos que transitam pela área da saúde.

6. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

A cidade de Vitória, assim como a maioria das cidades brasileiras, baseia-se nos princípios e nas diretrizes do SUS para o planejamento de suas ações na área da saúde. Em função disso, em sua maioria, os documentos municipais analisados, por serem fundamentado nas ideias trazidas pelos documentos federais, algumas vezes, até mesmo, reproduzem-nas.

Ao analisarmos os planejamentos de saúde do município, referentes à gestão continuada nos períodos de 2005 a 2008 e 2009 a 2012, parece haver a prescrição de uma gestão de caráter democrático e participativo, baseado na intersetorialidade e na participação popular.

A saúde na cidade de Vitória é gerida pela SEMUS e conta com o apoio dos Conselhos Municipais de Saúde[39] para o planejamento de suas ações. Nesses Conselhos existe a possibilidade da participação popular, abrindo assim espaço para a sociedade civil, contribuindo para a consolidação de uma gestão participativa.

Já demonstramos que nos últimos anos, em função principalmente de três iniciativas do Ministério da Saúde, sendo elas a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), a criação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e o Programa Academia da Saúde, observamos um considerável aumento de experiências pautadas na implementação de práticas corporais/atividade física no âmbito dos serviços de saúde, com a finalidade de aumentar os níveis de saúde da população.

Segundo os princípios do SUS, a gestão da saúde nos municípios brasileiros deve primar pela promoção e prevenção dos agravos à saúde do cidadão. E, assim como já salientamos no decorrer do nosso texto, a atividade física/práticas corporais é um excelente aparato que contribui para a efetivação desse objetivo.

Embora ainda de maneira frágil, porém adquirindo maior força a cada dia, encontramos um grande movimento em prol da valorização da atividade física/práticas corporais perante a promoção e prevenção nas ações de saúde do município de Vitória durante o período estudado, fazendo com que esta consiga aos poucos se afirmar dentro das políticas públicas de saúde.

---

[39] A título de esclarecimento, Vitória conta com um Conselho Municipal de Saúde e vários Conselhos Locais de Saúde, divididos por territórios. Segundo dados dos documentos analisados, esses Conselhos trabalham de forma integrada.

De uma forma geral, as Políticas Públicas de saúde que encontramos no município de Vitória podem ser consideradas prescritivamente boas no sentido de promoção da saúde usando a atividade física/prática corporal como uma de suas estratégias. Os planejamentos, em sua maioria, indicam a presença do profissional de Educação Física, indicam a possibilidade da participação popular, como também a presença da intersetorialidade. Entretanto, não podemos deixar de salientar que embora tenhamos encontrado sinais dessas ocorrências nos planejamentos e também nos relatórios, não encontramos indicadores qualitativos nem quantitativos de caráter relevante para que pudéssemos fazer afirmações mais contundentes. Portanto, na falta de dados mais incisivos, nossas análises ficaram limitadas a interpretação que fizemos dos documentos.

Nesse capítulo fazemos uma análise e discussão dos documentos referentes aos planejamentos e relatórios de gestão da SEMUS que dizem respeito às políticas e ações que contam com a participação do profissional de Educação Física, para que assim possamos visualizar os limites e as possibilidades das inserções da Educação Física e seus potenciais de saúde como ação conjunta e intersetorial de promoção da saúde pública, cumprindo assim como o objetivo da nossa pesquisa.

Inicialmente iremos apresentar informações sobre algumas ações de saúde da cidade de Vitória e especificamente sobre uma que está presente em praticamente todas as outras: o SOE. Em um segundo momento, a partir das categorias que emergiram dos dados, iremos, de fato, expor nossa análise.

6.1 AS AÇÕES DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE VITÓRIA.

Vitória possui, entre outras ações, o Serviço de Orientação ao Exercício, conhecido como SOE, vinculado à SEMUS, atuando efetivamente desde 1990. É um serviço anterior à Estratégia de Saúde da Família, sendo dessa forma responsável pela inserção do profissional de Educação Física no âmbito do serviço público de saúde da cidade de Vitória. O SOE é uma política pública municipal, porém nos dias atuais está atrelado a praticamente todas as ações de saúde instituídas a nível federal.

Umas das diretrizes do SUS é a descentralização, ou seja, cada esfera governamental assume determinadas ações para o favorecimento do processo, partindo assim da ideia de verticalização das ações, visto que os problemas locais são mais conhecidos pelos gestores estaduais e principalmente pelos gestores municipais. A lógica do SUS é de um sistema único, que prevê para cada esfera de governo, atribuições próprias e comando único, enquadrando-se assim como um sistema descentralizado, indo ao encontro com o que encontramos em Junqueira (2004) o qual enquadra a descentralização como a transferência de poder dos níveis centrais para os mais periféricos, promovendo assim uma autonomia de gestão em oposição a um poder centralizado, tornando-o permeável aos interesses da sociedade para dar maior eficácia à gestão.

Dessa forma, a cidade de Vitória, hoje conta com ações instituídas pela esfera federal, porém efetivadas pela esfera municipal. Para a efetivação dessas ações a SEMUS utiliza os serviços do SOE, estando este presente em praticamente todos os espaços onde a atividade física/prática corporal trabalha no sentindo de promoção da saúde.

6.1.1 O “tão falado” Serviço de Orientação ao Exercício - SOE

Por intermédio da lei nº3267 de 04 de janeiro de 1985, o Serviço de Orientação da Fisiologia do Exercício (SORFE) foi criado com a finalidade de orientar aqueles que frequentavam a Praia de Camburi para a ginástica matutina, vespertina e noturna. Em sua sistematização inicial, os principais objetivos do SORFE centravam-se no incentivo à prática desportiva e ao exercício físico com base no discurso higienista. Segundo o documento de criação do programa (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 1986), os objetivos principais eram: orientação para a prática de exercícios físicos; orientação para a prática desportiva; orientação para o aprimoramento e performance muscular e cardiorrespiratório. O mesmo documento afirma que,

> A Higiene, com seu alcance profilático, e a medicina com seu valor terapêutico, muito produzem no vasto campo da eugenia[40], mas cabe à

[40] Não iremos levantar uma discussão sobre a Eugenia. Neste caso, é importante apenas salientar que Higienismo e Eugenismo são movimentos diferentes que possuem alguns pontos de

> Educação Física, nesse particular, sem dúvida o papel mais importante. Ela vai trabalhar diretamente o organismo de cada indivíduo, com resultados eficientes, positivos e incontestáveis (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 1986, p. 2).

No ano de 1990 foi construído um módulo piloto para esse serviço. Neste mesmo período, seu projeto original foi reformulado, passando a fazer parte da estrutura organizacional da SEMUS, atuando através de suas especificidades em áreas de esporte, lazer, promoção da saúde, tratamento e reabilitação de doenças. No ano de 1991, passa a ser denominado de Serviço de Orientação ao Exercício (SOE) e é transferido para o Centro de Promoção e Recuperação Física do Município. Novos módulos foram instalados em outras áreas da cidade de Vitória, onde também havia demanda espontânea de praticantes de atividade física e condições para esta prática.

Desde 1997, quando foi incentivada a integração entre os serviços oferecidos pela SEMUS, os documentos mostram que o SOE vem realizando diversas ações que visam colaborar com a melhoria na qualidade de vida do município de Vitória. O SOE passou então a se integrar com Unidades Básicas de Saúde[41] (UBS) do município, oferecendo "ações educativas", orientando para a prática de atividade física, bem como ações específicas destinadas aos "grupos especiais".[42] Com os mesmos objetivos o SOE passa a oferecer apoio aos Centros de Referência da PMV, (CPTT - Centro de Prevenção e Tratamento de Toxicômanos; CAPS – Centro de Atenção Psicossocial, CAPS-i – Centro de Atenção Psicossocial Infanto Juvenil e Crai – Centro de Referência e Atendimento ao Idoso).

Além disso, foi criado o Serviço de Orientação ao Exercício Volante, "SOE MÓVEL".[43] Hoje o serviço tem como objetivos, segundo o documento do próprio programa,

> Orientar a atividade física de forma segura e eficiente, em áreas públicas, estimulando a adesão e aderência à prática regular de exercícios físicos; conscientizar a população para mudanças de hábitos de vida, divulgando seus benefícios na promoção da saúde; aplicar medidas de combate aos

---

concordância. A citação utilizada foi no sentido de ilustrar o pensamento no qual a criação do SORFE se baseou.

[41] O projeto de inserção do Profissional de Educação Física nas US de Vitória foi implantado efetivamente em 2004.

[42] Diabéticos, hipertensos, climatério, idosos, etc. (Documento que trata da Organização, Estrutura e Funcionamento do SOE (TAGLIAFERRE; ALBUQUERQUE, 2008, p.6)

[43] Projeto do "SOE Móvel" foi implantado em 2006 e surgiu da necessidade de alternativas de abrangência do trabalho educativo e de orientação do SOE (TAGLIAFERRE; ALBUQUERQUE, 2008).

> principais fatores de risco modificáveis (sedentarismo, obesidade, tabagismo, hábitos alimentares inadequados) através de intervenções planejadas junto a outros setores da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória (SEMUS); integrar os serviços prestados pelo SOE às UBS, CR e outros espaços da SEMUS; avaliar o impacto das ações dos profissionais de Educação Física junto à população atendida, através de atividades de pesquisa. (TAGLIAFERRE; ALBUQUERQUE, 2008, pg 14)

Segundo o Tagliaferre e Albuquerque (2013), atualmente, o SOE conta com 16 (dezesseis) módulos, 01 (um) serviço móvel, além da atuação direta de profissionais de Educação Física em 17 (dezessete) Unidades Básicas de Saúde (UBS) e em 04 (quatro) Centros de Referências. Também estão sob a supervisão do SOE 20 (vinte) Academias Populares da Pessoa Idosa (APPIs) que a partir de 2014 serão de responsabilidade da Secretaria Municipal de Esporte (SEMESP), além da parceria com a mesma secretaria na oferta de atividades em 03 (três) Academias Populares.[44] Segundo o Plano Municipal de Saúde 2010-2013, para o período em questão,

> "[...] tem-se como meta a implantação da Política Municipal de Promoção da Saúde, a ampliação do SOE com implantação de novos módulos, a reestruturação em 100% a rede física de atendimento dos módulos já existentes, além da oferta de formação continuada para 100% dos profissionais dos módulos do SOE. Seguindo essas diretrizes, o SOE vem reconfigurando seu trabalho e suas ações juntos aos outros serviços de saúde do município, ganhando mais espaço e credibilidade junto à população de Vitória" (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2013, pg 06)

Os primeiros profissionais a atuarem no SOE, segundo os documentos, foram professores de Educação Física concursados (efetivos ou em contratação temporária) vindos da Secretaria Municipal de Educação (SEME). Em 2007, a Prefeitura Municipal de Vitória realizou o primeiro e até agora único concurso público para a efetivação de Técnicos Esportivos[45] na Secretaria de Saúde. A equipe de profissionais do SOE é formada, atualmente, pelo corpo técnico administrativo, professores de Educação Física (vindos da SEME), Técnicos Esportivos (concursados pela SEMUS) e estagiários de cursos de formação em Educação Física.

---

[44] As Academias Populares e as Academias Populares da Pessoa Idosa são dois programas distintos. A primeira, em é uma realização em parceria com a SEMESP. A segunda é uma iniciativa da própria SEMUS, instaladas em locais públicos e de livre acesso, equipadas com aparelhos que utilizam a força do próprio corpo para realização da atividade, sendo voltada prioritariamente para a população idosa. No decorres do texto iremos entender melhor a diferença entre elas.

[45] Nova denominação do cargo exercido pelo profissional de Educação Física na Secretaria de Municipal de Saúde.

As atividades previstas para serem realizadas pelo SOE segundo os documentos, são as mais diversas possíveis, partindo de um diagnóstico inicial do participante, passando pelo desenvolvimento das atividades prescritas e terminando com uma avaliação final para verificação dos resultados obtidos. No quadro 3, seguem como descrita nos documentos, as principais atividades realizadas pelos professores do SOE em seus principais lócus de atuação.

Quadro 3

LÓCUS DE ATUAÇÃO DO SOE E PRINCIPAIS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS	
SOE NOS MÓDULOS	Acolhimento e cadastramento de usuários; Orientação e prescrição de exercício físico; Avaliação e reavaliação física; Aferição de pressão arterial; Monitoramento de freqüência cardíaca; Ações educativas; Orientação na formação de acadêmicos do curso de Educação Física; Registro de dados relativos ao serviço e aos usuários; Planejamento dos conteúdos das atividades; Encaminhamento do usuário às Unidades de Saúde. Oferecidas atividades coletivas, entre elas a ginástica localizada, alongamento, yoga, dança, hidroginástica, dança, caminhada coletiva, voleibol adaptado, capoeira, e atividades recreativas.
SOE NAS UNIDADES DE SAÚDE	Orientação e prescrição de Exercício Físico; Avaliação e reavaliação Física; Ações Educativas; Registros de dados relativos ao serviço e aos usuários; Planejamento dos conteúdos das atividades e Atividades Coletivas (Ginástica Laboral, Ginástica Localizada, Alongamento, Caminhada Coletiva); Atividades para grupos específicos (obesos, hipertensos, cardíacos, diabéticos, tabagistas etc); Formação de grupos de discussão e educação permanente; Reunião com a equipe multidisciplinar das UBS; Encaminhamento do usuário aos módulos.
SOE NOS CENTROS DE REFERÊNCIAS[46]	Orientação da atividade física; Acompanhamento dos usuários nas aulas coletivas; Avaliação e Reavaliação Física; Participação em reuniões, debates e planejamentos visando ações multidisciplinares; Auxiliar no processo de reinserção social do indivíduo, além de Atividades coletivas (Relaxamento/Alongamento, Dinâmicas de conscientização e expressão corporal, Caminhadas/ passeios coletivos, Ludoterapia, Habilidades motoras, Atividades rítmicas, etc).
SOE NAS ACADEMIAS POPULARES[47]	Nesses espaços é oferecida aos usuários a prática da musculação em aparelhos, sob a orientação de profissionais de Educação Física da SEMESP. Anexo a cada uma das Academias Populares existe um módulo do SOE que oferece aos usuários, avaliação e reavaliação física, ginástica localizada e alongamento.

[46] As atividades desenvolvidas nesses espaços apresentam especificidades que se configuram de acordo com a proposta de intervenção do próprio centro se aproximando muito de ações com fins terapêuticos. O objetivo geral do trabalho dos Centros de Referência é contribuir para a melhoria da qualidade de vida de crianças, adolescentes e adultos com transtornos mentais, usuários de substâncias psicoativas e/ou que se encontram em situação de intensa vulnerabilidade social, expostas ao uso de drogas, também à violência, abuso sexual, tráfico e outros agravos.

[47] O projeto das Academias Populares de Vitória é uma parceria entre a SEMUS, a Secretaria Municipal de Esportes (SEMESP) e a SEMMAM (Secretaria Municipal de Meio Ambiente).

SOE NAS APPI'S	Em 2010, começaram a ser instaladas em Vitória as Academias Populares da Pessoa Idosa (APPI) visando a melhoria da qualidade de vida pessoa idosa, contribuindo para que seu processo de envelhecimento seja saudável. Instaladas ao ar livre, as academias são compostas por dez equipamentos, que servem para alongar, fortalecer, desenvolver a musculatura em geral e trabalhar a capacidade aeróbica. Seus aparelhos são de baixo impacto e risco e simulam atividades do cotidiano das pessoas, como caminhadas, remada, alongador, entre outros. Contam com a presença de um professor de Educação Física, vinculado ao SOE, em horários específicos.

Fonte: Adaptado a partir de TAGLIAFERRE e ALBUQUERQUE (2008).

Para além das interfaces do SOE descritas acima, há ainda outras ações do serviço tais como: apoio ao Núcleo de Qualidade de Vida do Servidor por meio de orientações sobre atividades físicas e adoção de hábitos de vida saudáveis; desenvolvimento de um grupo de formação continuada; realização anual de um Seminário de Pesquisa, buscando incentivar o desenvolvimento de pesquisas científicas junto ao serviço; manutenção de programa de estágio supervisionado, através de parceria estabelecida com Instituições de Ensino Superior (IES) do Estado do Espírito Santo; e o estímulo à participação em eventos de saúde pública, sendo estes promovidos ou apoiados pela PMV.

As diretrizes do SOE corroboram com as da PNPS e da Política Nacional de Atenção Básica, dispostas, respectivamente, nas Portarias nº. 687/GM/2006 e nº. 648/GM/2006. Em conjunto, essas políticas preveem ações coletivas e individuais, que utilizam a atividade física/prática corporal associada ao incentivo de uma alimentação saudável, ao controle do tabagismo e à prevenção de doenças e agravos não transmissíveis, com a finalidade de buscar mudanças comportamentais que possam contribuir para uma melhor qualidade de vida. São ações de caráter intersetorial e que buscam parcerias para propiciarem um desenvolvimento integral na promoção da saúde reconhecendo esta como parte fundamental da busca da equidade, da melhoria da qualidade de vida e de saúde. (TAGLIAFERRE; ALBUQUERQUE, 2008).[48]

É fato que o SOE se enquadra como uma importante estratégia da cidade de Vitória no sentido de possibilitar à população serviços que podem contribuir para

[48] Disponibilizamos de duas versões do documento referente a Organização, Estrutura e Funcionamento do SOE, organizado por TAGLIAFERRE E ALBUQUERQUE. Uma data de 2008 e a outra data de 2013. Os dois documentos possuem a mesma estrutura, como também praticamente o mesmo texto. Porém, o último, conta com informações atualizadas até o final do ano de 2012, início de 2013.

uma melhora na qualidade de vida utilizando a atividade física como ferramenta. Sendo assim, o SOE é enquadrado como uma política pública podendo ser utilizado por qualquer cidadão, independente de sua condição social.

Entretanto, o SOE, pode ser considerado também uma política social, pois possui ações que tentam primar por uma equidade do serviço na tentativa de minimizar as desigualdades sociais (HEIDEMANN, 2009). O SOE móvel, por exemplo, possibilita à população de menor nível social o acesso aos serviços disponibilizados pelo SOE ao percorre a periferia levando a atividade física a lugares de difícil acesso.

Dessa forma o SOE tenta estar em consonância com os princípios e diretrizes do SUS à medida que prima pela melhora da qualidade de vida da população, principalmente no que tange a atenção básica no sentido de promoção e prevenção da saúde.

6.2 CATEGORIAS DE ANÁLISE

Após uma detalhada investigação nos documentos, baseada nas palavras chaves selecionadas anteriormente, na busca de trechos desses documentos que nos permitissem encontrar a existência de uma relação entre a saúde e a Educação Física e alguma possível intersetorialidade, chegamos a algumas categorias de análise que nos permitiram visualizar respostas para nossa questão principal. Dessa forma, mediante os trechos já tomados, chegamos a quatro categorias: 1. Abordagem(s) conceitual(is) e concepção de Educação Física; 2. Abordagem(s) conceitual(is) e concepção de profissional de Educação Física; 3. Perspectiva de impacto das Atividades Físicas/Práticas Corporais sobre a condição de saúde; 4. Resultados conseguidos com a implementação da Educação Física em programas multiprofissionais e a perspectiva de intersetorialidade.

6.2.1 Abordagens conceituais e concepção de Educação Física

Não encontramos conceitos explícitos sobre Educação Física nos documentos analisados. Porém, alguns trechos nos substanciaram para que pudéssemos chegar a algumas inferências sobre o assunto.

Constatamos que a Educação Física a qual os documentos fazem menção possui grandes contradições. Acreditamos que exista uma incoerência interna do discurso que legitima a presença da Educação Física nas ações de saúde do município como um todo, uma vez que identificamos o enfoque biologicista e reducionista adotado que desconsidera, para além da complexidade do ser humano, os princípios básicos do SUS com os quais se anuncia consonante.

Os trechos abaixo, retirados dos documentos analisados, nos evidenciam as reflexões acima.

> "O intuito da inserção do **profissional de educação física** nas U.S. (Unidades de Saúde) é buscar "[...] alcançar uma melhor e maior longevidade, reduzir os custos nos tratamentos médico-hospitalares e melhorar significativamente a saúde da população" (VENTURIM et al, 2004, pg. 77, grifo nosso).
>
> "[...] **O profissional de Educação Física** acompanhará todas as famílias dos pacientes hipertensos e diabéticos, cadastrados nas U.S., pois tais famílias por terem um ou mais membros que possuem hipertensão ou diabetes já apresentam o fator genético como risco à saúde" (VENTURIM et al, 2004, pg.80, grifo nosso).
>
> "Na rotina de atividades do SOE, **os profissionais de educação física** preenchem, para cada usuário, uma ficha participativa. Trata-se de um instrumento de registro e anamnese que visa avaliar as condições iniciais de saúde e estratificar o risco cardiovascular, metabólico e pulmonar desse usuário antes de dar início à sua participação em um programa de exercícios físicos. Nesta ficha, que segue as recomendações e diretrizes do Colégio Americano de Medicina do Esporte, os dados de risco, bem como os antropométricos, são acompanhados através das reavaliações periódicas" (TAGLIAFERRE; ALBUQUERQUE, 2008, pg. 7, grifo nosso).

Os trechos acima evidenciam e sustentam a nossa identificação da presença de uma Educação Física que leva em consideração prioritariamente o enfoque médico/biológico da promoção da saúde. Nas U.S's, por exemplo, a inserção dos profissionais de Educação Física legitima-se pela necessidade de utilizar a atividade física/práticas corporais como fator protetor ou de diminuição de danos de determinado grupo social, considerado como de risco. Essa visão perspectiva mudanças no intuito de incorporar hábitos saudáveis de vida na população, promovendo uma melhor e maior longevidade, reduzindo os custos de tratamentos médico-hospitalares e melhorando a saúde da população. A Educação Física fica então reduzida à prática de atividade física, ou seja, a inserção do profissional de Educação Física nas U.S's disponibiliza mais uma ferramenta/instrumento para o tratamento do indivíduo, embasado principalmente na racionalidade biomédica.

Assim sendo, deparamo-nos com o conceito de uma Bio-Educação Física levantado por Mendes (2013), ou seja, uma Educação Física atrelada ao modelo biomédico, com foco na doença e no componente técnico. Porém, sabemos que a autora salienta a necessidade de uma visão mais ampla que leve em conta a subjetividade das relações sociais que rodeiam o sujeito.

O que estamos confirmando aqui é a relação feita entre a prática de atividade física e a prevalência uma vida saudável. Como sabemos, segundo Freitas (2007) a atividade física chama a atenção da sociedade, pois possui a capacidade de promover corpos bonitos, saudáveis, agregando a ela dessa forma um grande aspecto mercadológico. Além disso, Carvalho (2001) ainda afirma a existência de um discurso que enfatizava a atividade física como produtora de saúde além de remediadora da doença. A partir disso, essa correlação da atividade física com uma vida saudável é cada vez mais massificada e disseminada pela mídia.

Segundo nosso referencial, a atuação do profissional de Educação Física na saúde ainda está atrelada prioritariamente à prática de atividade física com ênfase no modelo biomédico privilegiando a dimensão biológica. Podemos visualizar esse contexto com maior propriedade ao nos lembrarmos que ele teve início com a Educação Física Higienista. Sabemos que o movimento em questão foi muito além do que meras recomendações para a prática de atividade física. O intuito do movimento era promover uma melhora nas condições de saúde da população, e para tanto pretendia uma reforma em vários ambitos da sociedade.

Góis Junior (2000), como já identificado na nossa revisão, afirma que o Movimento Higienista que influenciou a Educação Física pregava novas formas de cuidar do corpo, que seriam responsáveis por tornar os indivíduos mais dispostos ao trabalho, promovendo um melhor bem-estar para a vida, de modo que ainda afastava as epidemias. Baseava-se em duas principais formas de prevenção, sendo elas a bacteriológica e a miasmática. Dessa forma era possível encontrar o discurso higienista nas campanhas de vacinação, na urbanização das cidades, na educação, na industrialização, e etc. Dentro daquele contexto, a Educação física ganhou um novo papel, que contribuiu e ainda contribui para sua legitimação: o de aprimorar a condição de saúde do indivíduo, por meio do exercício físico coordenado e sistematizado, sendo considerada, sobretudo uma medida profilática.

Contudo, não estamos defendendo a volta dos ideais Higienistas e nem temos como intenção dizer que estamos vivenciando algo parecido com aquele

momento histórico. Pretendemos apenas mostrar que o pensamento que relaciona atividade física e saúde que ainda esbarramos nos dias atuais, pode ter influência do pensamento higienista da época, visto que ambos entendem a atividade física como uma ferramenta para a promoção da saúde do indivíduo.

Como já ressaltamos no nosso referencial, deparamo-nos na atualidade com um "*boom"* da promoção da saúde via atividade física, fazendo então com que a Educação Física passe a girar em torno da promoção de um estilo de vida saudável. Dessa forma, ambos os pensamentos possuem traços de semelhança.

Corroborando com a discussão, Fraga (2006a) levanta então a ideia da existência de uma máxima que *Atividade física é Saúde*. Essa relação construída acaba por difundir informações sobre os benefícios da atividade física em detrimento da própria prática. Deparamo-nos cada vez mais com modelos prescritivos que mapeiam as "populações marginais" promovendo uma responsabilização do indivíduo pela condução da sua própria saúde.

Podemos visualizar esse pensamento nos trechos abaixo,

> Como objetivos do SOE, temos:
> [...]
> Aplicar medidas de combate aos principais fatores de risco modificáveis (**sedentarismo, obesidade, tabagismo, hábitos alimentares inadequados**) através de intervenções planejadas junto a outros setores da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória (TAGLIAFERRE; ALBUQUERQUE 2008, pg.14, grifo nosso).
>
> Como funciona: Antes de iniciar a atividade física, o aluno passa por uma avaliação individualizada. A equipe do SOE verifica as condições físicas e de saúde do aluno, levando em consideração, entre outras coisas, os **fatores de risco.** Não havendo nenhuma restrição com relação à prática da atividade pretendida, a pessoa é liberada para frequentar as aulas (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2012, grifo nosso).[49]
>
> "Promover **atividade física** com objetivo de reduzir o sedentarismo no país." (RELATÓRIO DE GESTÃO 2008, ANEXO 2, pg. 1)

Essa discussão nos remete àquela já feita no capítulo 3 da nossa pesquisa, que levanta a ideia sugerida por Fraga (2006b), da existência de um "estilo de vida ativo". A mídia associa a promoção da saúde com a prática de atividade física prescritiva. Os estudiosos da área sugerem então a necessidade de um encontro entre a Educação Física e a Saúde Coletiva na perspectiva de que a saúde

[49] Disponível em: http://www.vitoria.es.gov.br/semus.php?pagina=soe, acessado em: 22 de Maio de 2012.

trabalhada pela Educação Física possa ser vista para além de um programa de exercícios ou serviços médicos assistenciais. A experiência humana e a dimensão social do indivíduo não podem ser descontextualizadas, abrindo assim espaço para um novo termo que vem permeando a área e relacionada atividade corporais com a subjetividade do indivíduo: Prática Corporal

Nesse sentido, Carvalho (2006) salienta que as práticas corporais possibilitam ao individuo a emergência de novas experiências com o corpo e com a produção de saúde que não aquelas com referência apenas na atividade física. Mendes (2013) mostra em seu estudo uma real possibilidade da inserção das práticas corporais como modo de produção de saúde em consonância com os princípios do SUS, ao levar essa prática para dentro de uma U.S. de São Paulo. Para Carvalho (2006) como já mostrado anteriormente, na atenção básica e no PSF as práticas corporais podem encontrar espaço para ações que estejam voltadas para o cuidado, visando assim a construção de vínculos cada vez maiores.

Dessa forma, os dados encontrados nos ajudaram a ratificar o pensamento que delineamos no referencial dessa dissertação. Os trechos utilizados ilustraram que na cidade de Vitória, ainda encontramos uma Educação Física bastante ligada prioritariamente à ênfase biologicista da saúde do sujeito.

6.2.2 Abordagens conceituais e concepção de profissional de Educação Física

A análise dos documentos em questão nos chamou a atenção para algo que não havíamos nos atentado anteriormente: o profissional de Educação Física é, na maioria dos casos, dentro das políticas de saúde da cidade de Vitória, reconhecido como “técnico desportivo/esportivo”. É interessante salientar que até o ano de 2006, o profissional de Educação Física, era reconhecido pela esfera pública como “Professor de Educação Física”. Foi somente a partir do ano de 2007 que essa denominação foi alterada. Os profissionais da área passaram então a ser chamados de técnicos esportivos/desportivos. Os trechos abaixo ilustram essa percepção. Percebam que no primeiro trecho, referente ao ano de 2006, ainda temos o profissional de Educação Física sendo considerado professor. Já no segundo trecho,

referente aos anos de 2007 em diante, essa terminologia é substituída pela de técnico desportivo.

> Centro de Atenção Psicossocial (CAPS**)**: é um serviço comunitário ambulatorial que tem a responsabilidade de cuidar de pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, incluindo atenção aos familiares. Visa tratamento, reabilitação e reinserção social por meio de projetos terapêuticos individualizados, com modalidades de atendimento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo. Trabalha com equipe multidisciplinar composta por psiquiatra, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, técnicos de enfermagem, **professores de educação física,** terapeutas ocupacionais, artistas plásticos e artesãos. Clientela: adultos **(RELATÓRIO DE GESTÃO 2006, pg.9, grifo nosso).**
>
> Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (CAPSi): serviço ambulatorial destinado ao cuidado de crianças e jovens até 16 anos, com transtornos mentais graves, incluindo atenção aos familiares. O trabalho é desenvolvido por uma equipe multiprofissional composta por pediatras, psicólogos, psiquiatras, assistentes sociais, enfermeiros, **técnicos desportivos [grifo nosso]** e por pessoal administrativo. Estes profissionais têm uma atuação interdisciplinar visando a prevenção, tratamento e reinserção social por meio de oficinas terapêuticas, atividades esportivas, assistência e formulação de projeto terapêutico individualizado **(RELATÓRIO DE GESTÃO 2007, pg. 10; RELATÓRIO DE GESTÃO 2008, pg. 12; RELATÓRIO DE GESTÃO 2009, pg. 19; RELATÓRIO DE GESTÃO 2010, pg. 15).**

Seguem outros trechos onde essa denominação também aparece:

> **Serviço de Orientação ao Exercício (SOE)** – inaugurada a segunda Academia Popular, em parceria com a secretaria de **esportes** do município. Implantado o programa de **atividade física** nos serviços de Atenção Básica, com a inserção do **técnico desportivo** em 15 unidades básicas de saúde (RELATÓRIO DE GESTÃO 2007, pg. 45).
>
> **Serviço de Orientação ao Exercício (SOE)** – no ano de 2008 o Serviço de Orientação ao Exercício trabalhou mais integrado às Unidades Básicas de Saúde, desenvolvendo **atividade física** com o **técnico desportivo** (RELATÓRIO DE GESTÃO 2008, pg. 68).

Na análise dos documentos, e como já foi salientado, os primeiros profissionais a atuarem no SOE foram professores de Educação Física concursados pela SEME que a partir de então passaram a ser lotados na SEMUS. Porém, em 2007, a PMV realizou o primeiro concurso público para a efetivação de Técnicos Esportivos na SEMUS. Esses profissionais deveriam ter formação em Educação Física e a eles, segundo o edital do concurso, deveriam ser atribuídas as seguintes funções:

> "planejar, supervisionar, executar, orientar e acompanhar a prática do exercício sistematizado individual ou coletivo, aplicando a triagem para avaliação funcional, identificando fatores de risco cardiovasculares e metabólicos nos usuários, bem como planejar, coordenar e participar de

> intervenções educacionais de medidas preventivas visando os cuidados com a saúde da população" (VITÓRIA, 2007)[50]

O trecho abaixo evidencia a caracterização feita pela SEMUS à medida que diferencia os dois cargos por meio de denominações distintas. Vejamos:

> A equipe de profissionais do SOE é formada, atualmente, pelo corpo técnico administrativo, **professores de Educação Física** (vindos da Secretaria Municipal de Educação), **Técnicos Esportivos** (concursados pela SEMUS) e estagiários de cursos de formação em Educação Física (TAGLIAFERRE; ALBUQUERQUE, 2013, pg. 10).

Ao criar essa nova denominação, a SEMUS sugere uma ambiguidade no que diz respeito às atribuições que um profissional de Educação Física deve ter. A gestão da saúde do município, ao efetivar a denominação de técnico desportivo/esportivo para o profissional de Educação Física, confunde o fato desses profissionais ao trabalharem com algum tipo de esporte/desporto ou outra atividade física qualquer, serem então técnicos e não professores. Existe ainda a possibilidade dessa denominação estar relacionada apenas com o trabalho a partir do esporte, excluindo até mesmo outras práticas.

Imaginamos que esse pensamento, mais uma vez pode estar relacionado com o ideal higienista já comentado na categoria acima. A Educação Física, ao se basear nos princípios defendidos por esse movimento, levava em consideração a disciplinarização e a militarização dos corpos por meio da técnica, ou seja, por meio do exercício físico coordenado e sistematizado. Sabemos que de acordo com esse ideal, ter um corpo robusto e forte, durante muito tempo foi considerado sinal de saúde, logo, a inserção dessa denominação nos dias de hoje nos remete a pensar que, os atuais "técnicos" teriam então a função de treinar os corpos com a finalidade de manter ou obter saúde.

É interessante salientar que estamos fazendo essas inferências baseados no que encontramos nos documentos em nível de planejamento, logo, pode ser que a prática em si não aconteça dentro desses moldes. A própria divisão feita no curso de Educação Física, em Bacharelado e Licenciatura[51] contribui para esse pensamento.

---

[50] Edital nº 01/2007 do concurso da PMV/Saúde. Disponível em: www.vitoria.es.gov.br/secretarias/administracao/concursopubl_editais.htm, acessado em: 30 de Outubro de 2013.

[51] Os seguintes textos podem ser utilizados para aprofundamento dessa questão: PRUDENTE, P. L. G. O currículo do curso de educação física: embates em torno da formação de professores. In:

A partir disso, algumas perguntas nos surgem. Até que ponto o profissional de Educação Física é considerado técnico, e até que ponto ele é considerado professor? As duas funções coexistem?

Essas perguntas não serão respondidas literalmente com o nosso trabalho, porém levando em consideração o referencial utilizado na pesquisa, podemos inferir que, embora as duas formas de pensar existam, e possam em certas situações estarem totalmente separadas (como nos casos da formação de atletas, por exemplo), no campo da saúde, elas deveriam coexistir de maneira que, o bem estar do individuo fosse preservado, ao mesmo tempo em que o biológico pudesse ser trabalhado, contribuindo assim para uma educação que atue na promoção da saúde tanto biológica, quanto psicológica.

Independente da denominação de técnico esportivo ou professor de Educação Física, gostaríamos de chamar a atenção para outro ponto que pode ser salientado ao analisarmos o contexto no qual essa denominação foi criada. Os técnicos esportivos foram instituídos e contratados por meio de um concurso público para atuar em um programa regulamentado em forma de lei, portanto, classificado como uma Política de Estado. Como citado na nossa revisão, Heidemann (2009) afirma que uma Política de Estado corresponde às ações políticas estáveis e inflexíveis, que obrigam todos os governos de um Estado a implementar uma política, independente dos contextos históricos e da continuidade ou descontinuidade dos mandatos. Nesse contexto enquadra-se, por exemplo, em nível federal o SUS. O sistema de saúde do município de Vitória deve ser gerido pelos princípios e diretrizes do SUS, pois ele é uma Política de Estado, do mesmo modo que ao efetivar o técnico desportivo a partir de um concurso de caráter público, a prefeitura de Vitória eleva essa ação a uma Política de Estado.

Todo esse contexto é de grande importância para a Educação Física e para os profissionais da área, pois legitima perante o sistema a presença desses profissionais nas ações de saúde, corroborando com a importância dos mesmos dentro dessas ações.

Congresso Brasileiro de Ciencias do Esporte e Congresso Internacional de Ciencias do Esporte, 15. 2007, Recife/Olinda. Anais. Recife/Olinda:CBCE, 2007.; BIRK, M. Interesses e disputas no processo de formulação das Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Educação Física: as configurações das relações pessoais. 2006. Dissertação (Mestrado em Educação Física) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre: UFRGS, 2006.; BORGES, C. M. F. Formação e prática pedagógica do professor de educação física: a construção do saber docente. Belo Horizonte, 1995. Dissertação (Mestrado em Educação) - Faculdade de Educação/UFMG, 1995.

6.2.3 Perspectiva de impacto das Atividades Físicas/Práticas Corporais sobre a condição de saúde

Somos conscientes da importância da atividade física/práticas corporais para a promoção de uma melhor qualidade de vida e consequentemente promoção de uma boa saúde em função dos benefícios orgânicos e também psicológicos que esta prática é capaz de promover.[52] Porém, quando falamos sobre saúde, encontramos inúmeros olhares sobre esse fenômeno. Atualmente, percebemos nos movimentos em prol da saúde, um esforço para que o processo saúde/doença seja entendido para além do biológico, e que os meios utilizados para se alcançar esse objetivo não sejam mais pautados naquele que o movimento higienista defendia.

A saúde que está se falando nos dias atuais é aquela onde deve ser levado em consideração um conjunto de fatores que abrange desde o meio físico, biológico, social e cultural do indivíduo, até à chamada saúde ampliada, defendida na 8ª Conferencia Nacional de Saúde, como abordado no referencial dessa pesquisa. Como saúde ampliada, chamamos aquela resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde, ou seja, uma concepção que leva em consideração as dimensões econômica, social e política do indivíduo na produção da saúde e da doença nas coletividades.

Entretanto, ao observarmos os documentos referentes aos planejamentos e relatórios da saúde do município de Vitória, como já viemos demonstrando nessa análise, percebemos que essa concepção de saúde parece estar sendo apresentada de forma confusa. Ao relacionar atividade física e saúde, os documentos propõem ações que ainda continuam arraigadas a uma visão biológica e à prática da atividade física em si, fortalecendo o axioma que levantamos no nosso referencial de que atividade física é sinônima de saúde (FRAGA, 2006).

Algumas partes do discurso encontrado nos planejamentos, que defendem a atividade física como ferramenta para a promoção da saúde, possuem a intenção de se trabalhar com uma visão ampliada da saúde. Entretanto, quando analisamos as ações propostas pelos mesmos planejamentos, como também as ações relatadas

---

[52] Essa é uma discussão já legitimada dentro do campo por vários autores. Como exemplo, ver melhor em GUEDES e GUEDES (1995).

nos relatórios de gestão, percebemos que elas, em sua maioria, possuem traços da herança biológica e medicalizada da saúde.

Vejamos alguns trechos que nos permitiram fazer essa inferência.

> Avaliar e acompanhar a efetividade das ações de promoção da saúde implantadas, através do monitoramento dos indicadores: redução da pressão arterial ,da glicemia e peso nos módulos do SOE e nas U.S's (PLANO DE AÇÃO, 2006, s/pg.).
>
> Haverá o monitoramento e avaliações periódicas das famílias acompanhadas a fim de se analisar indicadores de como: estilo de vida(questionário) reeducação dos níveis pressóricos, redução do uso de medicamentos anti-hipertensivos e hipogliceminiantes, redução do níveis de colesterol e triglicerídeos, parâmetros antropométricos (peso, estatura,IMC, RCQ e Cintura). (VENTURIM et. al, 2004, pg. 82)
>
> Realizar o evento Dia Municipal da Atividade Física em parceria com o Programa de prevenção e controle da Diabetes em novembro de 2006. (PLANO DE AÇÃO, 2006, s/pg.).
>
> A importância da atividade física e da mudança no estilo de vida para a prevenção e controle das Doenças e Agravos Não-transmissíveis (DANTs) vem ressaltar as contribuições que este profissional (o de Educação Física) pode oferecer para a rotina de trabalho e ações desenvolvidas nas UBS junto à população. Trata-se de uma frente de ação de prevenção primária, ou seja, com o objetivo de evitar que os indivíduos adoeçam e/ou reduzir o consumo de medicamentos. (TAGLIAFERRE; ALBUQUERQUE, 2008, pg. 19)
>
> Um estudo promovido por Carletti (1993) que abrangeu 42 pessoas (31% homens e 69% mulheres) que frequentavam o módulo Tancredão demonstrou que, aqueles usuários que praticavam atividade física regularmente, o fator de risco mais frequente era a obesidade e hipertensão arterial. Foram entre estes usuários que mais se encontrou relatos de melhorias nas condições de saúde. A maior parte dos participantes deste estudo (93%) relatou também melhor sensação subjetiva de bem-estar ao aderirem aos exercícios regulares. Outro levantamento feito também por Carletti (1998, et. al), entre as usuárias do Módulo Tancredão que frequentavam as aulas de ginástica, comparado com aquelas que tinham acabado de se cadastrar no SOE, apontou para um menor percentual de gordura e maior massa corporal magra entre as praticantes de exercício, mesmo tendo estas apresentado maior peso corporal e estarem na faixa de idade superior as do grupo de inativas (VENTURIM, et.al, 2004, pg. 55-56)

Todos os trechos acima fazem menção à ideia de que a atividade física contribuiu de forma eficaz na melhora dos indicadores utilizados para mensurar o quão boa está a saúde do individuo. Podemos visualizar com clareza essa ideia no primeiro e no segundo trecho. O terceiro trecho relacionou a atividade física com a prevenção da diabetes. O quarto relacionou a prática e o estímulo da atividade física com uma melhora da qualidade de vida a partir da prevenção de doenças e agravos não transmissíveis com a finalidade de diminuir a incidência de doenças e gastos

com medicamentos. Já o quinto trecho demonstrou dados utilizados para comprovar a eficiência da atividade física que é orientada e promovida pelo SOE em um dos seus módulos com relação à saúde dos indivíduos, utilizando de indicadores já mencionados no primeiro trecho além de outros.

Segundo nosso referencial, atualmente está sendo dada uma grande ênfase à difusão de informações a respeito dos benefícios da atividade física em detrimento da própria prática, onde modelos prescritivos estão sendo cada vez mais utilizados e populações também estão sendo marginalizadas à medida que não aderem àquele modelo prescrito, responsabilizando assim o sujeito pela condução da sua própria saúde. Essa discussão já foi feita na primeira categoria de análise e nos faz reforçar que esse modelo prescrito valoriza uma “vida ativa” (FRAGA 2006) contribuindo para uma visão medicalizada da saúde assim como salientam Nogueira e Palma (2003).

Entretanto, percebemos em outros trechos uma tentativa de fazer com que a concepção de saúde utilizada pelas políticas públicas da SEMUS se aproxime da visão ampliada de saúde da qual estamos falando, embora as ações propostas ainda se pautem na ideia linear de que uma vida ativa é indispensável quando pensamos em hábitos saudáveis para uma melhor qualidade de vida. Vejamos as evidências do que estamos afirmando:

> Tais efeitos estão diretamente relacionados com a promoção da saúde e prevenção de enfermidades e a atuação do profissional de Educação Física em conjunto com os demais membros das equipes da unidade básica de saúde, torna-se relevante para o desenvolvimento de hábitos de vida mais saudáveis. (VENTURIM, et. al, 2004, pg. 80)

> O Serviço de Orientação ao Exercício corrobora com as diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde e da Política Nacional de Atenção Básica, dispostas, respectivamente, nas Portarias nº. 687/2006 e nº. 648/GM/2006. Em conjunto, essas políticas prevêem ações, coletivas e individuais, para incremento da prática corporal/atividade física, alimentação saudável, controle do tabagismo, prevenção de doenças e agravos não transmissíveis, visando mudanças comportamentais, com estímulo às ações intersetoriais, buscando parcerias que propiciem o desenvolvimento integral das ações de promoção da saúde e reconhecer na promoção da saúde uma parte fundamental da busca da equidade, da melhoria da qualidade de vida e de saúde. (TAGLIAFERRE; ALBUQUERQUE, 2013, pg. 6).

> A partir desse momento dar-se-á início ao processo de diagnóstico, identificando e coletando informações e dados que caracterizem a situação de risco à saúde das famílias acompanhadas (obesidade, estresse, hereditariedade, fumo, sedentarismo, má alimentação, relacionamento social, entre outros), para que se possa mapear suas necessidades e então planejar, em conjunto, estratégias e ações que visem prevenir, promover e ou corrigir eventuais agravos à saúde (hipertensão, diabetes, obesidade, etc). Essa investigação se realizará através dos prontuários das famílias

> acompanhadas. Promover o incentivo e conscientização das famílias acompanhadas no que se refere à importância da adesão a hábitos saudáveis, que irão proporcionar-lhes uma melhor qualidade de vida. (VENTURIM et. al., 2004, pg. 82)

> Atende à população adulta do município de Vitória e adjacências estimulando a prática de atividade física e orientando para a execução adequada de exercícios e adoção de hábitos saudáveis. (RELATÓRIO DE GESTÃO 2010, pg. 17)

Os quatro trechos relacionam a atividade física, ou melhor, um estilo de vida ativo, com a adoção de hábitos de vida mais saudáveis, o que concordamos ser um dos pontos fundamentais para a busca de uma melhor qualidade de vida, porém não o único e primordial.

Como já comentado no referencial dessa pesquisa, Fraga (2006) afirma que difundir esse estilo ativo de vida é a forma mais econômica e politicamente mais eficiente de adentrar no discurso da promoção da saúde, o que faz com que as políticas públicas de saúde não abram mão desta “estratégia”.

Góis Junior e Lovisolo (2003) relacionam essa visão atual com aquela pregada pelo movimento higienista, pois ambas promovem uma supervalorização das atividades físicas diante da promoção da saúde.

Outro ponto que podemos discutir é o fato de que na maioria dos trechos encontramos a expressão “atividade física” sendo utilizada e relacionada com a promoção da saúde do indivíduo. Poucas foram às vezes que encontramos a expressão “práticas corporais”, conceito esse já discutido no nosso referencial e sugerido como uma nova perspectiva de entender o movimento corporal como fator importante na promoção da saúde.

Vale ressaltar que encontramos alguns trechos que utilizam o termo “prática corporal”. Entretanto, da forma como aparecem, eles nos sugere uma possível confusão conceitual por parte das pessoas responsáveis pela elaboração dos documentos. Não há nos dados analisados uma diferenciação clara entre atividade física e prática corporal, fato esse que justifica nossa utilização em várias partes do texto da expressão “atividades físicas/práticas corporais”.

Vejamos:

> Equipes compostas por 01 prof. Ed. Física (8h), 01 nutricionista (8h), 01 fisioterapeuta (8h), 01 assistente social (8h), 01 psicólogo (8h), 01 instrutor

> de **práticas corporais** (8h) e 02 psiquiatras (4h) (PLANO DE AÇÃO 2006, s/pg.)
>
> Fortalecer as iniciativas no campo da **atividade física**, lazer e saúde de modo que os usuários sejam incentivados e orientados na realização de **práticas corporais**. (PLANO DE AÇÃO 2006, s/pg.)
>
> Elaborar um plano de atividades que estimulem e orientem a realização de **práticas corporais** em conjunto com equipe dos programas de combate do Tabagismo, Hipertensão arterial , diabetes, obesidade, câncer e outras doenças crônicas (PLANO DE AÇÃO 2006, s/pg.).

Segundo Fraga et al (2012) pensar a Educação Física e a promoção da saúde a partir do viés das práticas corporais, está em conformidade com a humanização do cuidado e com a atenção integral à saúde, pois contribui para uma ressignificação das competências e das habilidades necessárias a um trabalho intersetorial e multiprofissional, objetivando uma promoção da saúde mais participativa e democrática, princípios esses defendidos pelo sistema de saúde que vigora no Brasil, o SUS. Como já foi abordado, Carvalho (2006) defende a adoção desta expressão e em trabalho de orientação levou junto com Mendes (2013) essa proposta para uma U.S. de São Paulo, mostrando assim que esse é uma iniciativa possível e viável em vários aspectos.

Queremos deixar claro que não devemos desconsiderar a dimensão biológica da atividade física, pois reconhecemos sua importância na saúde fisiológica do indivíduo. Os parâmetros fisiológicos são fundamentais para se avaliar a saúde biológica que também deve ser levada em consideração quando falamos de saúde ampliada. Contudo, a dimensão subjetiva deve ser também e quase primordialmente, levada em consideração. A partir do entrelaçamento dessas duas dimensões, a Educação Física adquire o potencial de se enquadrar como uma área de ampla atuação na saúde do indivíduo de forma holística, podendo desempenhar papel importante na prevenção, promoção, manutenção e reabilitação da mesma.

A discussão feita acima baseada nos dados encontrados ratifica um dos pensamentos abordados na nossa pesquisa, de que ainda estamos envolvidos por uma Educação Física pautada na prática da atividade física como sendo sinônimo de saúde. Essa mesma Educação Física atua principalmente de forma prescritiva promovendo uma fragmentação do sujeito a partir de um olhar reduzido a medida que o homogeneíza e o culpabiliza (MENDES, 2013). Entretanto a análise dos documentos também nos permitiu pensar que as políticas atuais estão tentando

pensar em algumas maneiras de possibilitar ao cidadão condições reais para uma melhor qualidade de vida e busca de uma boa saúde, quando a questão é a prática da atividade física, mesmo que a priori a ênfase maior ainda seja na prática em si.

6.2.4 Resultados conseguidos com a implementação da Educação Física em Programas Multiprofissionais e a perspectiva de Intersetorialidade.

A inserção do profissional de Educação Física nas políticas públicas de saúde ocorre em muitos casos dentro de uma equipe multiprofissional. Peduzzi (1998) caracteriza um trabalho multiprofissional como uma modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais. Em suma, uma equipe multiprofissional é aquela na qual, profissionais de áreas diferentes trabalham juntos em função de um objetivo comum.

O trabalho multiprofissional pode ser considerado uma estratégia de planejamento, visto que todo planejamento é construído baseado em estratégias que irão contribuir para que os resultados esperados sejam alcançados. Percebemos nos documentos analisados que a gestão na saúde da cidade de Vitória parece trabalhar dentro dessa perspectiva, contando com equipes multiprofissionais em diversos setores. A Gestão ainda afirma utilizar duas outras importantes estratégias: a intersetorialidade e a participação popular.

Já que o objetivo do nosso trabalho é analisar os limites e as possibilidades da Educação Física dentro dos planejamentos e das ações de saúde de Vitória, pensamos ser necessário visualizarmos alguns resultados advindos da prática multiprofissional, onde o profissional de Educação Física está inserido.

Segundo o Plano Municipal de Saúde referente ao período de 2006-2009, a operacionalização do mesmo contaria com o trabalho de grupos específicos para um conjunto de iniciativas vinculadas a um programa e/ou ação. “Será composto pelo gerente do projeto e técnicos das áreas envolvidas, **equipe multidisciplinar** e intersetorial organizada em caráter temporário” (pg. 11, grifo nosso).

Abaixo seguem alguns trechos que demonstram que as ações de saúde do município apontam para essa perspectiva multiprofissional. É interessante ressaltar que nem todas as equipes contam com um profissional de Educação Física, porém,

percebemos um esforço para que esse profissional possa ser incluído no maior número possível de equipes. Vejamos

> **Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)**: é um serviço comunitário ambulatorial que tem a responsabilidade de cuidar de pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, incluindo atenção aos familiares. Visa tratamento, reabilitação e reinserção social por meio de projetos terapêuticos individualizados, com modalidades de atendimento intensivo, semi-intensivo e não intensivo. Trabalha com **equipe multidisciplinar** composta por psiquiatra, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, técnicos de enfermagem, **professores de educação física**, terapêutas ocupacionais, artistas plásticos e artesãos. Clientela: adultos (RELATÓRIO DE GSTÃO 2006, pg. 9; RELATÓRIO DE GESTÃO 2007, pg. 10; RELATÓRIO DE GESTÃO 2008, pg. 12; RELATÓRIO DE GESTÃO 2009, pg. 19; RELATÓRIO DE GESTÃO 2010, pg. 15 – grifos nossos).
>
> **Centro de Referência de Prevenção e Tratamento de Toxicômanos (CPTT)**: é um serviço comunitário ambulatorial que tem a responsabilidade de cuidar de pessoas com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas, incluindo atenção aos familiares. Visa prevenção, tratamento, reabilitação e reinserção social por meio de 9 projetos terapêuticos individualizados, com modalidades de atendimento intensivo, semiintensivo e não-intensivo. Trabalha com **equipe multidisciplinar** composta por médicos psiquiatras e clínicos, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, técnicos de enfermagem, **professores de educação física**, terapeutas ocupacionais, artístas plásticos e artesãos. Clientela: crianças, adolescentes e adultos (RELATÓRIO DE GESTÃO 2006, pg. 9; RELATÓRIO DE GESTÃO 2007, pg. 11; RELATÓRIO DE GESTÃO 2008, pg. 12; RELATÓRIO DE GESTÃO 2009, pg. 19; RELATÓRIO DE GESTÃO 2010, pg. 16 – grifos nossos).
>
> **Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil(CAPSi)**: serviço ambulatorial destinado ao cuidado de crianças e jovens até 16 anos, com transtornos mentais graves, incluindo atenção aos familiares. O trabalho é desenvolvido por uma **equipe multiprofissional** composta por pediatras, psicólogos, psiquiatras, assistentes sociais, enfermeiros, **técnicos desportivos** e por pessoal administrativo. Estes profissionais têm uma atuação interdisciplinar visando a prevenção, tratamento e reinserção social por meio de oficinas terapêuticas, atividades esportivas, assistência e formulação de projeto terapêutico individualizado (RELATÓRIO DE GESTÃO 2007, pg. 10; RELATÓRIO DE GESTÃO 2008, pg. 12; RELATÓRIO DE GESTÃO 2009, pg. 19; RELATÓRIO DE GESTÃO 2010, pg. 15 – grifos nossos).
>
> **Centro de Referência de Atendimento ao Idoso**: serviço destinado a idosos (acima de 60 anos) que apresentam quadro grave de saúde: parkinson, Alzheimer, acidente vascular cerebral etc. Realiza atendimento por **equipe multiprofissional** e **interdisciplinar**, composta por geriatras, enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, assistentes sociais, psicólogos, fisioterapêutas, terapêutas ocupacionais, nutricionistas, e fonoaudiólogos. Tem como objetivo a atenção ao usuário nos seus aspectos biopsicossociais. (RELATÓRIO DE GESTÃO 2006, pg. 9; RELATÓRIO DE GESTÃO 2007, pg. 10; RELATÓRIO DE GESTÃO 2008, pg. 11; RELATÓRIO DE GESTÃO 2009, pg. 18; RELATÓRIO DE GESTÃO 2010, pg. 15 – grifos nossos).

Todos os trechos evidenciam a presença de equipes multiprofissionais nas ações de saúde, exceto, o trecho relacionado à equipe que atua no Centro de Referência de Atendimento ao Idoso, o qual não cita o profissional de Educação Física como sendo integrante da mesma. Como já salientamos o PSF, por exemplo, também trabalha dentro dessa lógica, porém dentro da estrutura do programa não visualizamos citações referentes à presença do profissional de Educação Física. Na verdade, essa presença está marcada apenas através das equipes do NASF e no caso específico de Vitória, também através dos professores ou técnicos ligados ao SOE.

Como salientamos na nossa revisão, o NASF foi criado com o objetivo de ampliar a abrangência da atenção básica, e segundo a sua portaria poderão compor suas equipes diversas ocupações incluindo o profissional da Educação Física. Esse núcleo foi criado com o intuito de atender à PNPS que tem como um de seus objetivos primar por uma gestão em saúde que disponibilize à população ações de atividade física/práticas corporais que propiciem a melhoria da qualidade de vida em geral.

No município de Vitória, segundo os documentos analisados, 17 das 29 unidades de saúde possuem um profissional de Educação Física atrelado à equipe, entretanto essa inserção se dá a partir de um trabalho em conjunto com o SOE. Com um olhar positivo, entendemos a criação do NASF como uma iniciativa de melhoria ao PSF, visto que as necessidades e prioridades da população ao longo dos anos vão mudando. Neste caso, há uma tentativa de suprir a necessidade da população de ter acesso a políticas que por meio da atividade física/prática corporal, contribuam para uma melhor qualidade de vida. Esse sentido, considerando o material empírico desse estudo, somos levados a acreditar que o SOE é uma grande iniciativa, pois é anterior ao PSF e ao NASF, e hoje está presente em praticamente todas as ações de saúde do município.

Devemos chamar a atenção nos dados que dispomos para o esforço feito pela gestão do período que diz respeito à nossa pesquisa, para a inserção do profissional de Educação Física dentro das políticas de saúde. Percebemos que em quase todas as ações de saúde que possuem campo para a atuação desse profissional, ele de fato está envolvido. Sabemos que muito ainda tem que ser

melhorado, mas o que nos impulsionaria na busca por novos objetivos a serem alcançados, senão a perspectiva de melhora?

Toda a discussão que vem sendo feita corrobora para que o profissional de Educação Física seja inserido de forma concisa nas ações de saúde pública contribuindo para a integralidade desse serviço público. A população tem o direito de ter acesso à políticas que primem por sua saúde de forma integral, seja no sentido curativo, reabilitador, preventivo, como também de promoção, algo que como pudemos ver é melhor conseguido com uma equipe multiprofissional completa. A saúde, como já afirmamos, é um direito social, logo, ter acesso a ela está diretamente vinculado ao exercício da cidadania que envolve não somente esse acesso, mas também atitudes mais propositivas de participação.

Como direito social segundo a referência clássica quando o assunto é cidadania (MARSHAL, 1967), entendemos como o direito dos indivíduos de gozar de uma herança social seguindo os padrões predominantes de determinada sociedade. De acordo com o que vimos discutindo nesse texto a saúde pode ser destacada como um dos aspectos importantes dessa herança social.

No Brasil, durante muito tempo a saúde ficou esquecida quando o assunto era direito. As políticas públicas de saúde visavam à manutenção e recuperação da força de trabalho, necessárias à reprodução social do capital, sendo marcada por forte cunho assistencialista e curativo, de caráter crescentemente privatista, com pouca prioridade para as políticas de promoção da saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

Esse contexto fez deflagrar por todo o Brasil movimentos sociais que lutavam por melhores condições de vida. De acordo com a nossa revisão vimos que o contexto histórico que contribuiu para que a saúde ganhasse status de direito e se tornasse um componente de cidadania foi sustentado principalmente pelo tripé composto pela Reforma Sanitária, pela 8ª Conferência Nacional de Saúde e pela Constituição Federal de 1988. Na 8ª Conferência, por exemplo, pela primeira vez na história do país, a sociedade civil participou contribuindo assim no processo de construção de um novo ideário para a saúde (PAIM, 2007). Todo esse contexto fez emergir grandes mudanças, e talvez a maior delas, foi a criação do SUS (PAIM E TEIXEIRA, 2007).

Em concordância com a proposta do SUS, a gestão de saúde de Vitória afirma possuir um caráter democrático, descentralizado, intersetorial e participativo.

Podemos visualizar este fato nos trechos abaixo retirados do Plano Municipal de Saúde referente ao período de 2006-2009 como também do plano referente ao período de 2010-2013.

> Este Plano de Saúde está fundamentado nos compromissos da reforma sanitária e na consolidação do SUS no âmbito do Município de Vitória, com a garantia dos princípios constitucionais de que "saúde é direito de todos e dever do Estado", garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução dos riscos de doenças e outros agravos e a busca da universalização e da equidade com redução das desigualdades em saúde (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2006-2009, pg. 5; PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2010-2013, pg 6).
>
> A estratégia de gestão definida para esta administração é de um planejamento **democrático e participativo [grifo nosso]**, colegiado, sistemático e contínuo, integrado, baseado na **intersetorialidade e na participação popular [grifo nosso]**, partindo-se da democratização interna, no âmbito da Prefeitura e externa, no âmbito da sociedade civil e movimentos organizados (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2006-2009, pg. 2; PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2010-2013, pg. 6)

De acordo com o que trouxemos na nossa revisão, na forma como está escrito, esse planejamento parece ter caráter democrático e participativo, levando-nos a considerar a gestão que o propôs como sendo de caráter societal. Segundo Paula (2005) a vertente societal tem como foco principal a democracia por meio da autonomia para participação e deliberação popular, negando a centralização dos processos decisórios do Estado, instituindo assim canais de participação nas esferas municipal, estadual e federal. No caso da gestão de Vitória, o Plano Municipal de saúde referente ao período de 2010-2013 afirma que,

> Objetivando incorporar a população na formulação e decisão das políticas públicas para discutir o destino da cidade e da sua vida põe em prática uma gestão democrática e participativa, por meio do Orçamento Participativo, dos Conselhos Municipais Setoriais, Câmaras Territoriais, Conferências Temáticas, entre outros canais colocados à disposição da sociedade. O governo chama o cidadão para compreender o papel e os limites do Estado e fortalecer a participação no poder local. Este é um processo em continuo aprimoramento no sentido de ampliar a disputa cotidiana de hegemonia para qualificar a educação e o grau de consciência política da cidadania (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2010-2013, pg. 6).

Paim (2006) afirma que a construção dos planos, programas e projetos adquirem maior eficiência e eficácia quando são elaborados juntamente com a participação da sociedade e ainda quando sensibilizam e comprometem os que estão verdadeiramente interessados na mudança da situação. Os dados acima demonstram que essa assertiva do autor está de alguma forma presente nas ações

da gestão, pois é possibilitada a participação da população na formulação das políticas de saúde por meio dos Conselhos, das Conferências, do orçamento participativo, etc.

Entretanto, os dados não nos possibilitam afirmar que essa participação ocorre em todas as etapas do planejamento. Segundo Puppim de Oliveira (2006) o planejamento é composto pelas etapas de Diagnóstico, Formulação, Implementação e Avaliação devendo ser encarado como um processo, uma construção, e não apenas como um produto técnico dissociado da ação.

No entanto, enquanto “um processo em contínuo aprimoramento” a participação popular em todas as etapas ainda se faz possível por meio das Conferências e dos Conselhos de Saúde existentes no município e que se constituem como espaços importantes para a prática do controle social.

Quanto a eficácia e efetividade do processo, o ato de planejar, no que tange às políticas públicas, e no nosso caso, as de saúde, segundo as novas perspectivas de gestão, deveriam sofrer influência da sociedade civil através do controle social. Essa é a principal porta de entrada da sociedade civil no processo de gestão pública, consolidando-se principalmente através da avaliação das políticas em questão ao objetivarem o acompanhamento e o aperfeiçoamento das ações (CAMPOS, apud FERRAZ et al., 2010).

Vejamos abaixo, trechos retirados do Plano de Saúde Municipal que ratificam ainda mais esse pensamento na gestão de saúde do município.

> A participação da sociedade na definição das políticas públicas de saúde tem sido um importante fator no desenvolvimento do SUS. No município de Vitória, os avanços alcançados pela sociedade, através do controle social, fazem parte do dia a dia das ações e serviços de saúde. Ampliar os espaços de controle social deve estar associado a uma política de educação permanente que responda às necessidades dos atores sociais envolvidos. A iniciativa do Conselho Municipal de Saúde e da SEMUS em submeter ao controle social, através de uma conferência, as diretrizes para construção do Plano Municipal de Saúde colocam o controle social em nossa cidade entre os mais avançados do País. Assim, dar publicidade aos projetos e políticas desenvolvidas pela saúde possibilitará à sociedade e aos atores do controle social se apropriarem destas políticas, como também contribuírem para o seu desenvolvimento (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2010-2013, pg. 52).

Ainda com relação ao documento mencionado, foram metas da gestão da saúde no período de 2010-2013,

> 1. Ampliar a participação popular com a instalação dos Conselhos Locais de Saúde nos demais serviços de saúde, conforme prevê a Lei Municipal 6606. 2. Implantar Política Municipal de Educação Permanente e de Gestão Participativa (ParticipaSUS) para o Controle Social do SUS, nos termos da Política Nacional, efetivando um processo de capacitação dos conselheiros municipais e locais de saúde e atores da sociedade organizada. 3. Aprimorar a estrutura da Secretaria Executiva do Conselho Municipal de Saúde, com vistas a qualificar as atividades do conselho e melhorar o desempenho dos conselheiros. 4. Avançar no processo de troca constante de experiências com outros conselhos das esferas de governo federal, estadual e municipal e possibilitar o acesso aos eventos e fóruns que debatem as políticas do SUS (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2010-2013, pg 68).

Diante de todo esse contexto e da revisão que fizemos, fica claro que a ideia de democracia e cidadania esta ligada a de participação popular. No entanto, nem a literatura e nem os dados que dispomos nos dão segurança de que essas categorias políticas possam estar interligadas plenamente. Existem mecanismos para a participação cidadã na gestão da saúde, porém, por falta de dados, não podemos afirmar que eles são efetivos na prática.

Segundo as discussões de Pateman (2002, *apud,* AREIAS 2011) e de Lovisolo (1999, *apud,* AREIAS 2011) é levantada a ideia de que muitas vezes, o ato de participar é confundido com o direito de proferir a opinião mesmo que ela não seja levada em consideração. Para Lovisolo, nas citações da autora, um cidadão participante é aquele que possui habilidade de elaborar argumentos concisos, de participar ativamente das decisões da comunidade em questão, propondo soluções. Portanto nem toda participação popular é plena de democracia e cidadania.

Como nossa pesquisa é documental nossos relatos e nossas percepções estão sendo feitas de acordo com o que estamos encontrando nos documentos acessados. Portanto na mesma proporção das dificuldades encontradas na literatura, também as informações que dispomos não são suficientes para afirmações mais conclusivas. Os dados nos informam ocorrências de participação nas instâncias apontadas (Conselhos, Conferências, etc), e, da forma como aparecem nos indicam que essa participação pode acontecer. Tratando-se de informações documentais, considera-se apenas a potencialidade da participação em questão. Uma demonstração efetiva dessa potencialidade pode ser observada na constituição do Conselho Municipal de Saúde. Vejamos o quadro 4 abaixo:

Quadro 4: Constituição do Conselho Municipal de Saúde

I - 03(três) representantes titulares e 03(três) suplentes do Poder Público Municipal sendo: **a)** 01(um) representante efetivo e 01(um) suplente da Secretaria Municipal de Saúde; **b)** 01(um) representante efetivo e 01(um) suplente da Secretaria Municipal de Educação; **c)** 01(um) representante efetivo e 01(um) suplente da Secretaria Municipal de Ação Social, Trabalho e Geração de Renda;
II - 03(três) representantes titulares e 03(três) suplentes prestadores de serviço de saúde localizados no município de Vitória, sendo: **a)** 01(um) representante efetivo e 01(um)suplente dos Hospitais Públicos; **b)** 01(um) representante efetivo e 01 (um) suplente da Associação dos Hospitais, Clínicas e prestadoras de serviço afins a área de saúde do Espírito Santo; **c)** 01 (um) representante efetivo e um 01(um) suplente da federação das Santas Casas e Hospitais Filantrópicos do Espírito Santo.
III - 06 (seis) representantes titulares e 06 (seis) suplentes das entidades representativas dos trabalhadores de saúde com sede no município de Vitória, devendo ser o indicado residente no respectivo município;
IV - 12(doze) representantes titulares e 12 (doze) suplentes dos usuários com sede no município de Vitória, sendo: **a)** 04 representantes de Movimentos Sociais e Populares Organizados; **b)** 01 representante de Movimentos da Mulher, em saúde, do Município de Vitória; **c)** 01 representante indicado pelas entidades representativas de Pessoas Portadoras de Deficiência; **d)** 01 representante indicado pela Associação de Renais Crônicos; **e)** 01 representante indicado pela Associação de Diabéticos; **f)** 01 representante indicado pela Associação de Hipertensos; **g)** 01 representante de entidade de Aposentados e/ou pensionista, do município de Vitória; **h)** 01 representante das Centrais Sindicais; **i)** 01 representante do Diretório Acadêmico na área de Saúde;

Fonte: Prefeitura Municipal de Vitória, Lei nº 6.247, 2004.

Conforme podemos observar no trecho acima, em função de sua característica paritária e da presença de diferentes seguimentos sociais, a composição do Conselho se constitui em uma grande potencialidade da participação social vinculada ao exercício da cidadania. Podemos considerar essa potencialidade ainda aumentada quando visualizamos outra estrutura que descentraliza ainda mais o controle social, através da constituição de Conselhos Locais de Saúde em territórios do município, conforme podemos ver no trecho abaixo.

> Consolidando a participação comunitária e controle social em saúde, o município de Vitória finalizou o ano de 2009 com 27 Conselhos Locais de Saúde (CLS). A composição é tripartite com oito (8) membros titulares e oito (8) membros suplentes, sendo 50% dos assentos ocupados por usuários e os outros 50% distribuídos entre representantes da Administração Municipal e trabalhadores de saúde. O Conselho Municipal de Saúde realizou doze reuniões ordinárias e quatro extraordinárias durante o ano de 2009, homologando e publicando cento e trinta e quatro Resoluções. (RELATÓRIO DE GESTÃO 2010,[53] pg. 39)

Diante do exposto podemos considerar que essa participação deva ocorrer e que seja impulsionada e fortalecida por meio das aberturas dadas pela gestão da SEMUS. Outro importante ponto que iremos ressaltar nessa análise e que já salientamos parecer uma estratégia de gestão atual, é a perspectiva de intersetorialidade. Nesse caso, iremos considerar especificamente as ações da SEMUS conjuntas com outros setores que perspectivam a melhora ou manutenção da saúde do indivíduo.

No âmbito da saúde, é necessário uma interelação entre as políticas, pois, ainda que a maioria dos problemas sociais se manifeste de forma setorial, a solução está na dependência da ação de mais de uma política, pois o sujeito necessita que seus problemas sejam considerados na sua totalidade e não de forma fragmentada, em consonância com a perspectiva de saúde ampliada que vem sendo trabalhada. É nesse contexto que a intersetorialidade ganha destaque.

Segundo já abordado no referencial dessa pesquisa, Junqueira (1997) afirma que a intersetorialidade é a articulação das experiências de um planejamento com a finalidade de atingir uma maior eficácia de acordo com a sinergia das situações. Vejamos novos trechos que nos permitiram constatar que a gestão de Vitória parece estabelecer mecanismos de intersetorialidade.

> Neste campo, insere-se com muita importância o Comitê de Políticas Setoriais, instância estabelecida no novo modelo de gestão da Prefeitura de Vitória, onde são debatidas e deliberadas as ações e operações dos programas prioritários de governo em caráter **intersetorial** e transversal e, portanto, espaço privilegiado para a articulação do setor saúde com as demais secretarias municipais para a construção de políticas públicas saudáveis (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2006-2009, pg. 6)

> Enfoque na Promoção da saúde e articulação **intersetorial**, com ênfase em ações integradas entre Secretarias de Saúde, Educação e Ação Social (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2006-2009, pg. 51).

---

[53] Os Relatórios de Gestão, referem-se ao ano anterior de sua construção. Logo o Relatório de 2010 refere-se as ações do ano de 2009, e assim todo os outros.

> Estimular a construção de práticas de gestão que incentivem a **intersetorialidade**, institucionalizadas formalmente, compartilhando espaços de ações e serviços com outros setores governamentais e não governamentais que possuam interface com o campo de atuação da Vigilância Sanitária e respeitando as especificidades locais (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2010-2013, pg. 91).
>
> De acordo com avaliação realizada pelo Comitê Gestor em dezembro de 2008, é necessário agilizar o processo da gestão da média complexidade; melhorar a aproximação do corpo técnico da SEMUS com os serviços; efetivar a estruturação da coordenação de informação; fortalecer a **intersetorialidade**; potencializar os espaços da Câmara Territorial; aprimorar os mecanismos de comunicação interna e externa; utilizar a metodologia da Roda para efetivação dos espaços coletivos; fortalecimento dos Conselhos Locais de Saúde; e melhorar a divulgação das discussões ocorridas na Mesa de Negociação Permanente do SUS." (PLANO DE AÇÃO 2008, pg. 72).
>
> Georreferenciamento – é uma importante ferramenta que congrega os diversos dados dos setores, transformando-os em informações para a tomada de decisão em tempo oportuno, por meio do mapeamento dos problemas de saúde do município, possibilitando trabalho integrado com as outras secretarias, outros órgãos governamentais e particulares, exercitando a **intersetorialidade.** (RELATÓRIO DE GESTÃO 2008, pg. 58)

Os trechos acima evidenciam a intersetorialidade prevista pela gestão. O segundo trecho, por exemplo, nos demonstra que existem ações propostas pela SEMUS em conjunto com outros setores que não o da saúde, as quais perspectivam a melhora ou a manutenção da saúde do indivíduo. Os trechos abaixo demonstram que muitas dessas ações possuem como prática central a atividade física/práticas corporais.

> Fazer contato com **secretarias envolvidas** na construção e/ou reformas de parques e praças, a fim de adequar os espaços físicos para a prática de caminhadas e/ou outras atividades físicas (PLANO DE AÇÃO 2006, s/pg.).
>
> Reconstruir o Módulo SOE no Parque Tancredão. OBS: essa ação será articulada com a **SEMESP** (PLANO DE AÇÃO 2006, s/pg.).
>
> Implementar um programa de atividade física na Secretaria Municipal de Saúde, nível central, para os servidores (PLANO DE AÇÃO 2006, s/pg.).
>
> Implementar ações de promoção de **práticas corporais e atividade física** (Projeto **SOE** nas Escolas), de prevenção à hanseníase (projeto Saber Hanseníase) e de Controle do Tabagismo nas escolas (PLANO DE AÇÃO 2011, pg. 4).
>
> Serviço de Orientação ao Exercício (SOE) – no ano de 2008 o Serviço de Orientação ao Exercício trabalhou mais integrado às Unidades Básicas de Saúde, desenvolvendo atividade física com o técnico desportivo. Teve participação ativa em eventos **intersetoriais**; elaborou, junto com o

> Ministério da Saúde, Modelo Lógico, instrumento importante para avaliação do serviço. Desafios: implantar academias populares para a pessoa idosa; **melhorar a relação com a Secretaria Municipal de Esporte**, na administração das academias populares; e ampliar o número de módulos do SOE. (RELATÓRIO DE GESTÃO 2008, pg. 68).
>
> Implantadas 3 academias populares **em parceria com a SEMESP**. (RELATÓRIO DE GESTÃO 2009, pg. 128).
>
> Grupo SOE nas **Escolas** (Movimento Brincar): grupo que elaborou um projeto de intervenção junto aos escolares da rede pública de ensino de Vitória, para a disseminação e valorização do lazer ativo entre crianças e adolescentes (TAGLIAFERRE; ALBUQUERQUE, 2013, pg. 15).
>
> Projeto SOE nas Escolas – fazer interface com professores, supervisores, diretores. Apoiar o **professor de educação física** no desenvolvimento das atividades (RELATÓRIO DE GESTÃO 2010, pg. 77)

Percebemos que as principais secretarias envolvidas com a SEMUS dentro da perspectiva de intersetorialidade no âmbito da promoção da saúde via atividade física/práticas corporais são a SEMESP e a SEME.

Nos documentos levantados referentes aos planejamentos da saúde, encontramos menção a determinadas ações prescritas para serem realizadas em parceria entre a SEMUS e a SEMESP, utilizando um discurso de intersetorialidade e afirmando a intencionalidade de promoção da saúde perspectivada também no lazer. O trecho que segue, por exemplo, ilustra que a gestão de Vitória, a partir de ações propostas pela SEMUS, parece estabelecer mecanismos de intersetorialidade com a SEMESP no sentido de promoção da saúde.

> Reconstruir o Módulo SOE no Parque Tancredão. OBS: essa ação será articulada com a **SEMESP** (PLANO DE AÇÃO 2006, s/pg.).

Pensamos que este dado justifica-se pelo fato da SEMESP trabalhar com a perspectiva do “Lazer Ativo” (NAHAS; GARCIA, 2010) utilizando assim os aparatos que o esporte possui e que podem influenciar na condição de saúde do indivíduo, visto que essa saúde está prescritivamente nos documentos entendida de forma ampliada.

Imaginamos que a utilização do Lazer Ativo por meio do esporte pela SEMESP baseia-se no pensamento da Educação Física Higienista, onde o esporte era visto como um instrumento tanto educacional, quanto de aprimoramento das formas físicas, o que o possibilita ser trabalhado quando o objetivo é obter saúde (GÓIS JUNIOR, 2000). Para além desse pensamento, estudos atuais demarcam que

o esporte pode também ser utilizado no sentido de bem estar psicológico/mental e de inserção social (NAHAS; GARCIA, 2010).

Dentro da mesma lógica, os autores mencionados acima se referem também ao lazer. Essas duas áreas possuem aparatos que, sustentados em uma visão ampliada da saúde, podem contribuir para a promoção da saúde via atividade física/prática corporal.

As duas principais ações do município de Vitória que possuem a perspectiva da saúde e que se utilizam das práticas corporais, sendo implementadas entre a SEMUS e a SEMESP de forma conjunta, são: O parque Tancredão e as Academias Populares.

O Parque Tancredo de Almeida Neves, conhecido como Tancredão, é um espaço existente desde 2004 em Vitória, que disponibiliza à população lugares para a prática esportiva e serviços de orientação ao exercício. Segundo o site da SEMESP,

> Os moradores e visitantes dispõem, em Vitória, de um complexo **esportivo** para a prática de **esportes** e lazer. O Centro Esportivo Tancredo de Almeida Neves, conhecido como Tancredão, ocupa uma área de 52.764,54 m² no bairro Mário Cypreste, garantindo estrutura completa para a manutenção da saúde e bem-estar da população, que gosta de praticar **exercícios físicos**. O horário de funcionamento é das 6 às 22 horas (SECRETARIA MUNICIPAL DE ESPORTE E LAZER, 2013). [54]

O espaço foi reformado recentemente, sendo reinaugurado em dezembro de 2011. Atualmente conta com três academias de ginástica, sendo uma do idoso (APPI), uma academia popular e outra para aulas de ginástica aeróbica. Segundo o que encontramos no *site* da SEMESP, são oferecidas as mais diversas atividades, incluindo atividades aquáticas, escolinhas de esportes (natação, remo/vela/canoagem, futsal, vôlei, handebol, futebol society e lutas - judô, karatê e jiu-jítsu), além de espaços para corrida e caminhada, prática de skate e uma ciclovia.

É administrado pela Secretaria Municipal de Meio Ambiente (SEMMAM) em parceria com outras Secretarias Municipais, em especial a SEMUS e a SEMESP. No quadro 5 poderemos visualizar as competências destinadas a cada secretaria:

Quadro 5

[54] Disponível em: http://www.vitoria.es.gov.br/semesp.php?pagina=tancredao, acessado em: 05 de Setembro de 2013.

	COMPETÊNCIAS DAS SECRETARIAS ENVOLVIDAS NA IMPLEMENTAÇÃO DO TANCREDÃO
SEMMAM	I - planejar, implementar e avaliar projetos educativos-ambientais com os diferentes públicos, usuários e servidores do Parque, bem como com os moradores do entorno; II - compatibilizar as atividades com os programas de educação ambiental da SEMMAM; III - elaborar o cronograma das atividades a serem exercidas no Parque; Decreto nº 12070-04-fls. 3 - Prefeitura Municipal de Vitória IV - administrar e coordenar os eventos sob a sua responsabilidade; V - promover a realização de eventos educativos e culturais; VI - atender aos usuários no que couber.
SEMUS	I - administrar o módulo de orientação à fisiologia do exercício; II - atender aos usuários, no que se refere à orientação de exercícios físicos; III - administrar e coordenar as atividades sob sua responsabilidade; IV - apresentar o cronograma das atividades a serem exercidas no Parque; V - atender aos usuários no que couber.
SEMESP	I - administrar e coordenar os eventos sob sua responsabilidade; II - administrar o uso diário das áreas destinadas à prática esportiva, com fornecimento de equipamentos esportivos.

Fonte: Adaptado a partir do Decreto Municipal nº 12.070

O Tancredão enquadra-se como uma importante iniciativa da gestão da Prefeitura no que tange a intersetorialidade prevista porque abrange programas relacionados à saúde, ao esporte/lazer, entre outros setores relacionados aos direitos sociais. Ele é anterior ao período que estamos analisando, embora perdure até os dias atuais tendo sido reformado e reestruturado pela gestão considerada neste ensaio.

Outro caso que destacamos é o das Academias Populares. O projeto das Academias Populares de Vitória é uma parceria entre a SEMUS e a SEMESP, onde são oferecidas aulas de musculação em aparelhos, sob a orientação de profissionais de Educação Física da SEMESP. Anexo a cada uma das Academias Populares existe um módulo de orientação ao exercício que oferece aos usuários, avaliação e reavaliação física, ginástica localizada e alongamento. A SEMUS afirma que “a criação da academia popular coaduna com o interesse público em garantir oportunidade de acesso ao lazer e a atividade física” (PEREIRA, 2010, pg. 89). No trecho abaixo é visível a justificativa da Academia Popular baseada na prevenção da saúde, vejamos:

> As academias populares de Vitória - instaladas em Santo Antônio, no Parque Municipal Horto de Maruípe e em São Pedro - oferecem aulas gratuitas de musculação, proporcionando aos **moradores qualidade de vida a partir da adoção de uma política preventiva de saúde**. Para participar das atividades, as pessoas maiores de 15 anos têm de submeter a uma avaliação no Serviço de Orientação ao Exercício (**SOE**), que possui

> módulos instalados nas próprias academias (SECRETARIA MUNICIPAL DE ESPORTE E LAZER, 2013). [55]

O projeto de criação da Academia Popular prevê ainda que esses espaços poderiam ser utilizados futuramente por outras secretarias com a finalidade de promoção de saúde.

> Adicionalmente teríamos a possibilidade de utilizar este espaço para divulgação dos serviços oferecidos pela rede municipal, voltados à promoção de saúde, tais como ações da secretaria de esportes e lazer, assistência social, saúde, educação, meio ambiente, segurança urbana, etc (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2006, pg. 90).

No quadro 6 poderemos visualizar as competências que ficaram destinadas a cada secretaria.

Quadro 6

COMPETÊNCIAS DESTINADAS A SEMUS E A SEMESP NA IMPLEMENTAÇÃO DAS ACADEMIAS POPULARES	
SEMUS/SOE	**SEMESP**
• Suporte técnico em parceria com a SEMESP aos profissionais que atuarão na academia (Gerência SOE) • Triagem pré-participativa dos usuários da academia (Módulo SOE) • Avaliação física inicial (Módulo SOE) • Orientação de atividade aeróbia (Módulo SOE) • Acompanhamento dos resultados do projeto (Módulo SOE e Gerência SOE)	• Suporte técnico em parceria com a SEMESP aos profissionais que atuarão na academia (Gerência SEMESP) • Avaliação física de acompanhamento (Academia) • Orientação de atividade contra-resistência (preparar um plano para as fases adaptativas, de desenvolvimento e de manutenção). (Academia) • Acompanhamento dos resultados do projeto (Academia e Gerência SEMESP) • Garantir que sejam cumpridos os critérios de inclusão e exclusão (Academia)

Fonte: Adaptada a partir do Projeto de implementação das Academias Populares – (SEMUS, 2006).

No caso da SEME, percebemos que as ações que são articuladas com a SEMUS se enquadram na perspectiva de uma educação para a saúde, ou seja,

[55] Disponível em: http://www.vitoria.es.gov.br/semesp.php?pagina=academiaspopulares, acessado em: 05 de Setembro de 2013.

educar o sujeito por meio da prática de atividade física e das práticas corporais objetivando uma melhor qualidade de vida.

O Ministério da Educação, conta com um programa chamado “Saúde nas escolas”, que visa à integração e articulação permanente da educação e da saúde, proporcionando melhoria da qualidade de vida da população brasileira. Segundo o *site* do ministério[56], o programa tem como objetivo contribuir para a formação integral dos estudantes por meio de ações de promoção, prevenção e atenção à saúde, na tentativa de enfrentar as vulnerabilidades que comprometem o desenvolvimento de crianças e jovens da rede pública de ensino. Esse programa não foi foco da nossa discussão, pois é uma iniciativa do Ministério da Educação e, portanto, vinculado à SEME e não à SEMUS.

Um grupo de pesquisa da UFES vem estudando o programa Saúde na Escola e sua efetivação no município de Vitória. Em trabalhos posteriores, de posse dos resultados desses estudos em andamento, poderemos então fazer novas inferências a respeito dessa iniciativa.

É pertinente ressaltar que, se por um lado, encontramos indícios de projetos integrados que caracterizam uma parcela do que seria uma política intersetorial, não encontramos referências concretas nos documentos analisados de como se dá o planejamento, a implementação e a avaliação dessas políticas quando feitas de modo articulado baseado na intersetorialidade.

Entendemos que, dessa forma, estamos diante de uma articulação que ocorre de modo horizontal (FARAH, 2000), isto é, em um nível primário de parceria simples. Segundo Farah, a intersetorialidade deve ser entendida como troca de conhecimentos e experiências integrando as ações (e até orçamentos) e colocando o cidadão no centro do processo. Quando entendidas como uma troca de favores, essas “políticas intersetoriais” acabam por promover uma perda na potencialidade de suas ações.

[56] Disponível em: http://portal.mec.gov.br/, acessado em 22 de Novembro de 2013.

7. EIXOS CONCLUSIVOS DE INTERPRETAÇÃO

Baseados nas análises feitas, chegamos então a três principais eixos de conclusão da nossa pesquisa: 1. Concepção de Saúde que os documentos sugerem; 2. Inserção da Educação Física nos Planejamentos e nas Ações de saúde; 3. Traços de Intersetorialidade no sentido de promoção da saúde.

Explanaremos de forma concisa sobre cada um deles a fim de obter argumentos para responder a questão norteadora dessa pesquisa, cumprindo assim com nosso objetivo.

7.1 CONCEPÇÕES DE SAÚDE QUE OS DOCUMENTOS SUGEREM

As análises nos permitiram perceber que a concepção de saúde trabalhada nos documentos é contraditória, uma vez que ainda visualizamos ações propostas a partir de um enfoque biologicista e reducionista, embora parte do discurso no qual as práticas se baseiam seja de uma saúde ampliada, consonante com os princípios do SUS.

Portanto, ainda que não tenhamos ido a campo, mas considerando as ações propostas e segundo os relatórios, executadas, acreditamos que o enfoque das ações é prioritariamente o médico/biológico da promoção da saúde. No contexto da nossa pesquisa visualizamos um confronto entre a prática de atividade física e a prevalência uma vida saudável, no qual o discurso encontrado é aquele que enfatiza a atividade física como produtora de saúde, da mesma forma que a vincula ao poder de remediar a doença.

Porém, entendemos que a atividade física realizada segundo os modelos prescritos não deve ser vista como a “salvadora da pátria”. Um indivíduo que trabalha 8 horas por dia colhendo café, depois de pegar duas conduções para ir e duas para voltar, deve praticar atividade física ao final do dia, mantendo assim um estilo de vida ativo a fim de melhorar sua qualidade de vida? Se sim, qual? Nos perguntamos ainda: “Que qualidade de vida”? Esse sujeito, caso adoeça, deve ser responsabilizado por não manter uma vida que condiz com o modelo de vida saudável?

Os profissionais da área da saúde, e no nosso caso os profissionais de Educação Física, tem se vinculado a modelos prescritivos, que mapeiam populações marginais à medida que os sujeitos não aderem ao modelo tido como o melhor para uma vida saudável. Nesse sentido, o termo prática corporal é defendido, pois segundo os estudiosos da área da saúde coletiva, as práticas corporais possibilitam ao individuo a emergência de novas experiências com o corpo e com a produção de saúde que não aquelas com referência apenas na atividade física.

Percebemos que em Vitória, alguns dados apontam para a existência de um movimento que tenta entender a saúde em uma perspectiva ampliada, levando em consideração o contexto de vida do sujeito, implementando programas que ofereçam espaços públicos para a prática de atividade física, seja ela no âmbito da performance, como também do lazer.

Percebemos ainda que a inserção do profissional de Educação física nas U.S's está perspectivada em uma tentativa de trabalhar junto com a comunidade práticas que possam contribuir para uma melhor qualidade de vida. Entretanto o que queremos ressaltar é que, segundo os documentos que analisamos, muitas dessas práticas se justificam prioritariamente através do enfoque biomédico da promoção da saúde, o que nos sugere que as atividades realizadas sejam também pautadas nessa visão.

Dessa forma, já sinalizando como sendo um dos limites do nosso trabalho, sugerimos que um próximo passo possa ser dado no sentido de ouvir os sujeitos envolvidos, tanto os profissionais, quanto a população atendida, para que possamos averiguar a prática em si, no sentido de ratificar ou não o que nós interpretamos após a análise dos documentos.

7.2 INSERÇÕES DA EDUCAÇÃO FÍSICA NOS PLANEJAMENTOS E AÇÕES DE SAÚDE

A Educação Física está presente nos planejamentos de saúde da cidade de Vitória em diversos programas, entretanto, como já salientamos no primeiro eixo conclusivo, a visão de promoção de saúde por ela adotada ainda possui um enfoque que privilegia o aspecto biológico em detrimento do social.

São várias as ações de saúde planejadas e relatadas em que aparece a inserção de um profissional de Educação Física e todas elas estão ligadas ao principal programa do município que trabalha no sentido de orientação ao exercício, o SOE. Esse serviço vem se destacando cada dia mais diante da perspectiva de promoção da saúde via atividade física/prática corporal. Vitória conta, por exemplo, com 17 U.S's de um total de 29, que possuem um profissional de Educação Física vinculado ao SOE para trabalho conjunto com as equipes do PSF. Além disso, a SEMUS, ao longo desses anos, implementou vários outros programas visando sempre oportunizar a prática de atividade física à população. A cidade conta com o SOE atuando em 16 módulos específicos, em 01 serviço móvel (SOE MÓVEL), em 03 Centros de Referências, 20 Academias Populares da Pessoa Idosa (APPIs) e 03 Academias Populares.

Todos esses programas trabalham na perspectiva de incorporar hábitos saudáveis de vida na população por meio de uma vida ativa, conceito esse já discutido por nós. Com isso, em muitos casos, a Educação Física acaba ficando reduzida à prática de atividade física apenas, com ênfase na divulgação de informações sobre os benefícios da atividade física em detrimento da própria prática e do contexto no qual ela está inserida.

Para perspectivarmos a promoção da saúde de maneira ampliada, é necessário ir além disso. Esbarramos na necessidade de uma visão mais alargada que leve em conta a subjetividade das relações sociais que rodeiam o indivíduo. A prática da atividade física nesses programas deve corroborar com a humanização do cuidado e com a atenção integral à saúde.

Mais uma vez, é importante deixar claro que não devemos desconsiderar a dimensão biológica da atividade física. Sabemos dos benefícios que ela pode trazer ao individuo e é exatamente por isso que estamos afirmando a necessidade de uma nova visão sobre ela. Um entrelaçamento entre os benefícios biológicos e psicológicos que a atividade física pode proporcionar, unidos ao subjetivismo que cerca cada individuo, é o que dá grande potencial à Educação Física de se enquadrar como área de ampla atuação na saúde, desempenhando assim um papel importante na prevenção, promoção, manutenção e reabilitação da mesma.

Segundo nosso referencial, para cumprir com o dever de disponibilizar à população o direito à saúde, sendo essa saúde aquela que considera as várias facetas que envolvem a vida do indivíduo, é necessário que cada governo prime

pela construção de uma sociedade justa e democrática para que a maioria da população possa se beneficiar com as melhorias advindas do desenvolvimento econômico e social.

O contexto ao qual nos referimos justifica a necessidade de qualificar os atendimentos da saúde na perspectiva de trabalhar com a finalidade de melhorar os indicadores sociais e de qualidade de vida, implementando políticas públicas que contam com a presença de todos os profissionais de saúde, inclusive o profissional de Educação Física que também atua nesse sentido. É necessário ainda proporcionar à sociedade civil mecanismo de participação social para que essas políticas possam ser avaliadas por aqueles que são os sujeitos das ações, e segundo nossos dados e nossas análises, em Vitória esses canais de participação existem.

É importante ressaltar que um grande passo para uma visão mais abrangente da saúde é o fato da inserção do profissional de Educação Física nas políticas públicas de saúde de Vitória, na maioria dos casos, ocorrer dentro de uma equipe multiprofissional. Apenas com a análise dos documentos não tivemos a oportunidade de entender como acontece de fato a relação entre os profissionais dessas equipes. Porém, devemos valorizar a iniciativa demonstrada nos documentos que apontam para a inserção do profissional de Educação Física nessas equipes; afinal, durante muito tempo a Educação Física ficou marginalizada perante as outras profissões da saúde e, por mais que fosse vista como capaz de atuar na saúde do indivíduo, ela não era incluída nos programas e políticas públicas.

7.3 TRAÇOS DE INTERSETORIALIDADE NO SENTIDO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE.

Encontramos nos documentos sobre a gestão da saúde de Vitória a intenção de se conduzir de forma democrática, intersetorial e participativa.

No que diz respeito à participação social, a SEMUS deixa claro em seus planejamentos que objetiva incorporar a população na formulação e decisão das políticas públicas da cidade por meio Orçamento Participativo, dos Conselhos

Municipais Setoriais, Câmaras Territoriais, Conferências Temáticas, entre outros canais que são disponibilizados à sociedade.

Todos os planos de governo do período que analisamos referentes ao setor da saúde, dão grande ênfase ao estímulo à participação da sociedade civil através do controle social. Sabemos que essa é a principal porta de entrada da sociedade civil no processo de gestão pública. Segundo os documentos, a cidade de Vitória realiza as Conferências previstas e disponibiliza à população a oportunidade de participar dos Conselhos de Saúde.

Os dados ainda informam que a própria construção do Plano Municipal de Saúde é submetida ao controle social e a maioria desses planos está disponível publicamente no *site* da própria Secretaria. Inclusive, a PMV possui um portal de transparência, onde muitas informações a respeito não só da gestão em saúde, como das outras áreas também, podem ser acessadas. O *site* da SEMUS disponibiliza desde o ano de 2004, todos os orçamentos da secretaria, promovendo dessa maneira uma prestação de contas à população.

Sobre a perspectiva de intersetorialidade da SEMUS com outros setores que por meio da atividade física perspectivam a melhora ou manutenção da saúde podemos afirmar que encontramos sinais dessas ações. O que encontramos na verdade, é a apresentação de programas que contam com o envolvimento de mais de uma secretaria na sua implementação. Talvez possa existir uma articulação entre as secretarias envolvidas sobre as etapas do planejamento dessas políticas, porém não encontramos dados que possam comprovar essa articulação em todas as etapas.

As principais secretarias envolvidas com a SEMUS são a SEMESP e a SEME e os principais programas visualizados foram o “Tancredão”, a Academia Popular e o programa Saúde nas Escolas. Esse último, entretanto, é uma iniciativa do Ministério da Educação em parceria com as Secretarias de Educação. No caso de Vitória, a SEME se articula com a SEMUS para execução desse programa.

E importante salientar que as ações de saúde da cidade de Vitória em geral possuem grande potencial para serem desenvolvidas de forma articulada a fim de abranger vários âmbitos da saúde do individuo corroborando para a ideia de saúde ampliada que hoje está em voga. Não podemos deixar de ressaltar que o trabalho intersetorial encontrado, juntamente com o caráter participativo da gestão, são pontos importantes quando relacionados ao exercício da cidadania e ao direito à

saúde. Entretanto muitas ações consideradas intersetoriais devem ser repensadas, pois trabalham em uma lógica horizontal, perdendo assim potencialidade.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como questão norteadora da nossa pesquisa tivemos: ***Quais os limites e as possibilidades das inserções da Educação Física e seus potenciais de saúde ao analisarmos os planejamentos e os relatórios avaliativos das políticas públicas do setor no município de Vitória como ação conjunta e intersetorial de promoção da saúde pública?***

Dessa forma, após a análise feita entendemos que temos material e discussão suficientes para inferirmos sobre o que entendemos como sendo limites e também possibilidades dessa Educação Física da qual estamos falando.

Enxergamos como um limite a visão de saúde na qual as práticas que envolvem a Educação Física ainda se pautam. O discurso encontrado é de uma visão ampliada, mas quando interpretamos os trechos encontrados nos documentos, percebemos que a atividade física trabalhada nos programas que perspectivam a promoção da saúde, ainda está pautada naquela que primordialmente atua sobre a saúde biológica do indivíduo. Pensamos que essa forma de atuação acaba por fragmentar algo que deve ser considerado na sua totalidade.

Outro ponto importante em se tratando de limite é que a Educação Física encontrada é dividida entre o ser professor e o ser técnico o que corrobora para o entendimento de uma redução da atividade física/prática corporal ao mero tecnicismo do fazer, confirmando mais uma vez a ênfase biológica que é dada a ela.

A respeito das possibilidades, pensamos que os programas que trabalham com a atividade física/prática corporal com o objetivo de obter uma melhor qualidade de vida, devem ter em sua estrutura, equipes multiprofissionais que se articulem. Esse fato foi visualizado nas políticas de saúde de Vitória, onde a Educação Física já é parte integrante dessas equipes. A partir dessa interlocução com outras áreas da saúde, grandes possibilidades são abertas não só para o trabalho da Educação Física diante da saúde do indivíduo, como também de todas as outras áreas. Afirmamos que o trabalho intersetorial encontrado nos dados, embora ainda em caráter inicial, também corrobora para essa perspectiva.

O crescimento do trabalho do profissional de Educação Física dentro das políticas de saúde depende também muito da prática que ele proporciona e da visão que ele tem da saúde. Logo, a própria formação deve contribuir para isso, com programas de ensino e discussões que não reduzam a atividade física ao mero

fazer, e nem que limitem a condição de saúde do indivíduo à prevalência de uma vida ativa. A presença da Educação Física e de seus aparatos dentro das políticas públicas de saúde está em ascensão. Cabe a nós, profissionais da área, proporcionarmos uma prática que contribua para sua legitimação.

Como salientamos no início da nossa análise, a Política Pública de saúde em Vitória, no geral, parece ser prescritivamente boa. Contudo, os documentos analisados não nos ofereceram indicadores qualitativos, nem quantitativos de caráter relevante para que pudéssemos fazer afirmações mais incisivas. Além disso, por ser uma análise documental, também não obtivemos dados suficientes para fazer inferências sobre os sujeitos envolvidos diretamente com a prática, que são os próprios profissionais e a população atendida, o que pode ser considerado como um limite da nossa pesquisa. Sugerimos que futuras pesquisas se construam nessa perspectiva a fim de dar voz àqueles que indiretamente foram analisados por nós nesse estudo.

9. APÊNDICES

APÊNDICE A

Protocolado: **19928/2012** **JUNTADA**
Data: 08/10/2012 Hora: 09:53
Requerente: UNIVERSIDADE FEDERAL DO E
Órgão Destino: **SEMAD/GAL/CPA/EPG**
Assunto: SOLICITA AUTORIZACAO PARA REAL
Documento: REQUERIMENTO
Número Documento: s/n

Obs: Max.5 andamentos.Prazo de arquivo 2 anos,após eliminar.

UNIVERSIDADE FEDER
CENTRO DE EDUCAÇÃ
PROGRAMA DE PÓS GRADU

Vitória, 20 de Setembro de 2012,

Ao Secretário Municipal de Saúde de Vitória Luis Carlos Reblin,

Eu, Jayanna de Rezende Bachetti, aluna regular do curso de Pós Graduação em Educação Física da Universidade Federal do Espírito Santo com o projeto intitulado de "Análise das inserções da educação física e seus potenciais de saúde no planejamento das políticas públicas do setor no município de Vitória", sob orientação do Prof. Dr. Carlos Nazarenos Ferreira Borges, estou interessada em aprofundar meus conhecimentos sobre o Planejamento em Saúde do município, levando em consideração a inserção da Educação Física.

Diante do exposto, solicito autorização para desenvolver a pesquisa junto à SEMUS. Esclareço que a pesquisa compreende realização de entrevistas semi estruturadas com gestores da SEMUS (Secretário, Subsecretárias, Coordenador do SOE e Presidente do Conselho Municipal de Saúde), além da obtenção de documentos com informações que possam contribuir para a referida pesquisa, tais como o planejamento estratégico, planejamentos anuais dos últimos oito anos e os relatórios parciais e/ou anuais do planejamento de saúde do município no mesmo período.

Para melhores esclarecimentos das intenções da pesquisa, envio anexo o projeto submetido ao Programa de Pós Graduação em Educação Física e ao Conselho de Ética em Pesquisas nas Ciências Humanas da UFES.

Na certeza de sua atenção e colaboração, desde já agradeço e aproveito para manifestar votos de estima e consideração.

Atenciosamente,

Jayanna de Rezende Bachetti
Mestranda em Educação Física
(027) 9904-8625
jaybachetti@hotmail.com

Carlos Nazareno Ferreira Borges
Responsável pela pesquisa
(027) 8817 4020

APÊNDICE B

PREFEITURA DE VITÓRIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
ESCOLA TÉCNICA E FORMAÇÃO PROFISSIONAL DE SAÚDE
Professora Angela Maria Campos da Silva

SUS

DECLARAÇÃO

Declaro, para fins de apresentação em Comitê de Ética, que a Secretaria Municipal de Vitória - SEMUS/Vitória está de acordo e possui a infraestrutura adequada para a realização do projeto de pesquisa intitulado: "ANALISE DAS INSERÇÕES DA EDUCAÇÃO FISICA E SEUS POTENCIAIS DE SAÚDE NO PLANEJAMENTO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DO SETOR NO MUNICIPIO DE VITÓRIA" de autoria de JAYANNA DE REZENDE BACHETTI. O início da coleta de dados fica condicionado à aprovação do projeto no Comitê de Ética e fornecimento, pela ETSUS – Vitória, de carta de apresentação do pesquisador ao (s) campo (s) de pesquisa.

Vitória, 25 abril, 2013 .

Josenan de Alcântara Almeida Costa
Diretora da Escola Técnica e Formação Profissional de Saúde

Declaração emitida em por rcdwerner

APÊNDICE C

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO - UFES - CAMPUS GOIABEIRA

Plataforma Brasil

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Análise das inserções da educação física e seus potenciais de saúde no planejamento das políticas públicas do setor no município de Vitória

Pesquisador: JAYANNA DE REZENDE BACHETTI

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 15023713.9.0000.5542

Instituição Proponente: Centro de Educação Física e Desportos da Universidade Federal do Espírito

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 348.039

Data da Relatoria: 01/07/2013

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de caráter documental, interessado em discutir a gestão das políticas públicas de saúde no âmbito da prefeitura municipal de vitória, com especial interesse em localizar/situar a inserção da educação física nesse contexto.

Objetivo da Pesquisa:

Investigar quais os limites e as possibilidades das inserções da educação física e seus potenciais de saúde no planejamento das políticas públicas do setor no município de Vitória.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Por se tratar de uma pesquisa, fundamentalmente, documental, não há riscos potencialmente danosos aos envolvidos. O mesmo se observa em relação a outra estratégia metodológica proposta: a realização de entrevistas com alguns gestores públicos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Metodologicamente, o artigo é correto. Pesquisa documental associada a realização de uma pesquisa de campo com gestores públicos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Estão todos disponíveis e de acordo com o solicitado. Destaco que o proponente também inseriu o termo de autorização da Prefeitura de Vitória, autorizando a pesquisadora a ter acesso aos

Endereço: Av. Fernando Ferrari,514-Campus Universitário
Bairro: Goiabeiras **CEP:** 29.090-000
UF: ES **Município:** VITORIA
Telefone: (27)3335-2711 **E-mail:** thiago.moraes@ufes.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO - UFES - CAMPUS GOIABEIRA

Plataforma Brasil

Continuação do Parecer: 348.039

documentos bem como à realização das entrevistas.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Nada a declarar.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto aprovado por esse comitê, estando autorizado para ser iniciado.

VITORIA, 02 de Agosto de 2013

Assinador por:
Thiago Drumond Moraes
(Coordenador)

Endereço: Av. Fernando Ferrari,514-Campus Universitário
Bairro: Goiabeiras **CEP:** 29.090-000
UF: ES **Município:** VITORIA
Telefone: (27)3335-2711 **E-mail:** thiago.moraes@ufes.br

APÊNDICE D

QUADRO PARA ANÁLISE DE CONTEÚDO **TÍTULO DO DOCUMENTO**	
ELABORADO POR :	
ASSUNTO :	
OBJETIVO :	
LINK:	
FONTE E TIPO DO DOCUMENTO:	
ANO DE ELABORAÇÃO	ANO DE ANÁLISE
NÚMERO DE PÁGINAS	
RECORTE DO CONTEÚDO SIGNIFICATIVO	
Observações:	

10. REFERÊNCIAS

ABUJAMRA, A.C.P.; BAHIA, C.J.A. O direito social à saúde na Constituição Federal de 1988: Reserva do possível e mínimo existencial – Limites? **Revista Novatio Iuris** – ano II – nº 3 – julho de 2009.

ANDRADE, L. O. M. de. **A saúde e o dilema da intersetorialidade**. São Paulo: Hucitec, 2006.

ANJOS, T. C. E.; DUARTE, A.C.G. A Educação Física e a Estratégia de Saúde da Família: formação e atuação profissional. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1127-1144, 2009.

ARENDT, H. **Origens do totalitarismo**. Tradução Roberto Raposo. São Paulo: Companhia das Letras, 1989.

AREIAS, K. T. V. **Direito Social ao Lazer no Brasil: análise das contribuições da produção acadêmica difundida no campo da educação física. Da Constituição Federal de 1988 aos dias atuais**. Dissertação (Mestrado em Educação Física)- Centro de Educação Física e Desportos, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 147f. 2011.

BATISTA, N.A. Educação Interprofissional em Saúde: Concepções e Práticas. In: **Caderno FNEPAS**, v. 2, Janeiro, 2012.

BAGRICHEVSKY, M. **A formação profissional em educação Física enseja perspectivas (críticas) para atuação na saúde coletiva** In: Educação física e Saúde Coletiva: Políticas de Formação e perspectivas de Intervenção. FRAGA, A. B. F.; WACHS, F. (orgs), 2. ed. Editora da UFRGS, 2007.

BAGRICHEVSKY, M.; ESTEVÃO, A. Os sentidos da saúde e a Educação Física: apontamentos preliminares. **Arquivos em Movimento**. Rio de janeiro, v.1, n.1, p.65-74, 2005.

BAGRICHEVSKY, M.; OLIVEIRA, A. P. de; ESTEVÃO, A.(orgs). **A saúde em debate na educação física**. v. 1. Blumenau: Edibes, 2003.

BAGRICHEVSKY, M.; OLIVEIRA, A. P. de; ESTEVÃO, A. (orgs). **A saúde em debate na educação física**. v. 3. Ilhéus: Editus, 2007.

BAGRICHEVSKY, M.; OLIVEIRA, A. P. de; ESTEVÃO, A.; CASTIEL, L. D.; SILVA, P.R.V.; **Sedentário 'sem vergonha', saudável responsável? Problematizando a difusão do 'estilo de vida ativo' no campo sanitário.** In: BAGRICHEVSKY, M.; OLIVEIRA, A. P. de; ESTEVÃO, A. (orgs). A saúde em debate na educação física. v. 3. Ilhéus: Editus, 2007.

BAGRICHEVSKY, M; ESTEVÃO, A; PALMA, A; **Saúde Coletiva e Educação Física: Aproximando campos, garimpando sentidos**. In: BAGRICHEVSKY, M.; OLIVEIRA, A. P. de; ESTEVÃO, A.; ROS, M. da (orgs). A saúde em debate na educação física. Blumenau: Nova Letra, v. 2, 2006.

BECALLI, M. B. **Mais que Atividade Física: os usos e entendimentos da saúde entre usuários do serviço de orientação ao exercício da Prefeitura Municipal de Vitória.** Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Espírito Santo, 112f. , 2012.

BELLONI, I.; MAGALHÃES, H.; SOUZA, L. C. **Metodologia de Avaliação em Políticas Públicas**; Tradução de Floriano de Souza Fernandes, Editora Cortez, São Paulo, 2003.

BEHRING, E. R; BOSCHETTI, I. **Política social: fundamentos e história.** 4. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

BOBBIO, N. **A era dos direitos**. Traduzido por Carlos Nelson Coutinho. Rio de Janeiro: Campus, 1992.

BOBBIO, N. et al. **Dicionário de Política**. 12. ed. Brasília: UnB, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa, **Caminhos do direito à saúde no Brasil**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007. 24 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

BUENO, W. C. **Comunicação e Promoção de saúde no Brasil**. In: A Saúde em debate na educação física. In: BAGRICHEVSKY, M.; OLIVEIRA, A. P. de; ESTEVÃO, A. (orgs). A saúde em debate na educação física. v. 3. Ilhéus: Editus, 2007.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 6ª ed. Rio de Janeiro: Florense Universitária, 2006.

CASTIEL, L.D. **A saúde persecutória: os limites da responsabilidade**. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2007.

CASTIEL D. e SILVA P.R.V. **A noção "estilo de vida" em promoção de saúde: um exercício crítico da sensibilidade epistemológica**. In: BAGRICHEVSKY, M.; OLIVEIRA, A. P. de; ESTEVÃO, A.; ROS, M. da (orgs). A Saúde em debate na educação física. Blumenau: Nova Letra, v. 2, 2006.

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

CAPONI, S. **A proposito del concepto de salud**. Florianópolis: UFSC, 1997.

CARVALHO, J. M. de. **Cidadania no Brasil. O longo Caminho.** 3ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002

CARVALHO, P. R. C.; OLIVEIRA, B.F.A.; SANTOS, P.G.; DA PAZ T.C.A. PET-Saúde UFPE: A inserção do profissional de Educação Física no Sistema Único de Saúde (SUS) In: **EFDeportes.com, Revista Digital**. Buenos Aires, Ano 16, Nº 163,

Dezembro de 2011. Disponível em: < http://www.efdeportes.com/ >Acesso em 04 de Abril de 2013.

CARVALHO, Y. M. Atividade física e saúde: onde está e quem é o sujeito da relação? **Revista Brasileira de Ciência do Esporte**, Campinas, v.22, nº2, pg. 9-21, 2001.

CARVALHO, Y. M. **O "mito" da atividade física e saúde**. São Paulo: Hucitec, 1995.

CARVALHO, Y. M. **Educação Física e Saúde Coletiva: Uma Introdução**. In LUZ, M. T. Novos Saberes e Práticas em Saúde coletiva: Estudos Sobre Racionalidade médicas e Atividades Corporais. São Paulo: Hucitec, 2005.

CARVALHO, Y. M**. Práticas corporais e comunidade: um projeto de educação física no Centro de Saúde Escola Samuel B. Pessoa (Universidade de São Paulo).** In: FRAGA, A. B.; WACHS, F. (Org.). Educação Física e saúde coletiva: políticas de formação e perspectivas de intervenção. 2. ed. Porto Alegre: UFRGS, 2007.

CARVALHO, Y. M. Promoção da saúde, práticas corporais e atenção básica. **Revista de Saúde Família,** Brasília, v2, n.7, pg 33-35, 2006.

CASTRO, G. C. de. **Atuação do profissional de educação física em serviços locais de saúde: o caso do teatro interativo de bonecos no controle da hanseníase**. Campinas, SP: [s.n], 2008

CECCIM, R. B., BILIBIO L. F. **Singularidades da Educação Física: desafios à educação de seus profissionais e ao matriciamento interprofissional**. In: FRAGA, A. B.; WACHS, F. (Org.). Educação Física e Saúde Coletiva: políticas de formação e perspectivas de intervenção. 2. ed. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2007.

CORREIA, M. V. C., **O conselho Nacional de Saúde e os rumos da Política de Saúde Brasileira: mecanismo de controle social frente às condicionalidades dos organismos financeiros internacionais.** Tese – (Doutorado). Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2005.

COUTINHO, C. N. **Cidadania e Modernidade**. Perspectiva, São Paulo, 22: 1-59, 1999.

COUTINHO, C. N. **Intervenções: o marxismo na batalha das idéias**. São Paulo, Cortez, 2006.

COUTINHO, C. N. **Contra a corrente: ensaios sobre democracia e socialismo**. 2.ed. São Paulo: Cortez, 2008.

COUTINHO, S. da S. **Atividade Física no Programa de Saúde da Família em Municípios da 5ª Regional de Saúde do Estado do Paraná – Brasil**. (Dissertação de Mestrado) - Programa de Pós-graduação Enfermagem em Saúde Pública, Escola

de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo e Universidade Estadual do Centro-Oeste do Paraná, Ribeirão Preto, 155 fls, 2005.

COQUEIRO, R. da S.; NERY, A. A.; CRUZ, Z. V. **Inserção do Professor de Educação Física no Programa de Saúde da Família: discussões preliminares.** *EFDeportes.com, Revista Digital.* Buenos Aires. ano 11. nº 103. dez 2006. Disponível em: < http://www.efdeportes.com/efd103/professor-educacao-fisica.htm > Acessado em 20 de Julho de 2013.

CZERESNIA, D. **O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção**. In: CZERESNIA, D. & FREITAS, C. M. de (Orgs.) Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

DEMO, P. **Política Social, educação e cidadania**. 2. ed. Debates Sociais. Rio de Janeiro: CBCISS, n. 65/66, ano XLI, 2006.

FALEIROS, V.deP. **O que é Política Social?** Ed. Braziliense, 2. ed. São Paulo, 1986.

FARAH, M. F. S.; Parcerias, Novos Arranjos Institucionais e Políticas Públicas Locais. **Cadernos Gestão Pública e Cidadania**, Vol. 18, 2000.

FARIA JÚNIOR, A. G. Educação física, desporto e promoção da saúde. **Revista Horizonte**, v.9, n.51, p.73- 76, 1992.

FARINATTI, P. T. V.; FERREIRA, M. S. **Saúde, promoção da saúde e educação física: conceitos, princípios e aplicações.** Rio de Janeiro: Ed. UERJ, 2006.

FERRAZ. A.T. et al. O debate sobre o controle social na política de assistência social entre 1985 e 2008. In: ENCONTRO NACIONAL DE POLÍTICA SOCIAL, 5., 2010, Vitória. **Anais do 5º Encontro Nacional de Política Socia**l. Vitória: Ufes, 2010.

FERREIRA, M. S. Aptidão Física e Saúde na Educação Física Escolar: ampliando o enfoque. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte.** Campinas: Autores Associados V.22, n.2, p. 41-54, 2001.

FRAGA, A. B. **Exercício da informação: governo dos corpos no mercado da vida ativa.** Campinas: Autores associados, pg. 39-62, 2006a.

FRAGA, A. B. **Promoção da vida ativa: nova ordem físico-sanitária na educação dos corpos contemporâneos**. In: BAGRICHEVSKY, M. et al. (orgs). A saúde em debate na Educação Física. vol 2. Blumenau: Nova letra, 2006b

FRAGA, A. B., CARVALHO, Y. M., GOMES I.M**. Políticas de formação em educação física e saúde coletiva**. Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro, v. 10 n. 3, p. 367-386, nov.2012/fev.2013

FREITAS, F. **A Educação Física no serviço Público de saúde.** São Paulo: Hucitec, 2007.

FROTA, P. R., AGUIAR, O. R. **Educação física em questão: resgate histórico e evolução conceitual**. 2009

GUEDES D.P.; GUEDES J.E.R.P. Aptidão física relacionada à saúde de crianças e adolescentes: avaliação referenciada por critério. **Revista brasileira de atividade física e saúde** v.1, n.2, p.27-38, 1995.

GIL, A. C. **Como elaborar Projetos de Pesquisa**. 4 Edição, São Paulo, Atlas S.A., 2002.

GOMES F.G. Conflito social e *welfare state*: Estado e desenvolvimento social no Brasil. **Revista de Administração Pública.** Rio de Janeiro 40(2):201-36, Mar./Abr. 2006.

GO TANI. Estudo do comportamento motor, educação física escolar e a preparação profissional em educação física. **Revista Paulista da Educação física**, São Paulo, v.6, n.1, p.62-66, 1992.

GÓIS JUNIOR, E. **Os Higienistas e a Educação Física: A História dos seus ideais**. Dissertação (Mestrado) – Universidade Gama Filho Rio de Janeiro, Março de 2000.

GÓIS JUNIOR, E. & LOVISOLO, H. R. Descontinuidades e continuidades do Movimento Higienista no Brasil do século XX. **Rev. Bras. Cienc. Esporte**, Campinas, v. 25, n. 1, p. 41-54, set. 2003.

GUIMARÃES, M. C. L. **O debate sobre a descentralização de políticas públicas: um balanço bibliográfico.** O&S, n. 23, 2002.

HEIDEMANN, F.G. **Do Sonho do Progresso às Políticas de Desenvolvimento**. In HEIDEMANN, F.G. & SALM, J. F. (ORG's). Políticas Públicas e Desenvolvimento. Brasilia: Editora da universidade de Brasília, 2009.

JANNUZZI, P.M. Indicadores para diagnóstico, monitoramento e avaliação de programas sociais no Brasil. **Revista do Serviço Público**. Brasília 56(2):137-160, abr/jun 2005.

JUNQUEIRA, L. A. P. **Novas formas de gestão na saúde: descentralização e intersetorialidade**. Saúde e Sociedade 6(2): 31-46, 1997.

JUNQUEIRA, L. A. P. A gestão intersetorial das políticas sociais e o terceiro setor. **Saúde e Sociedade** v.13, n.1, p.25-36, jan-abr 2004.

JUNQUEIRA, L. A. P. Articulações entre o serviço público e o cidadão. X CONGRESO INTERNACIONAL DEL CLAD SOBRE LA REFORMA DEL ESTADO Y DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA. **Anais...** Santiago, Chile, 18 - 21 Oct. 2005.

LAFER Celso, **A reconstrução dos direitos humanos: um diálogo com o pensamento de Hannah Arendt**, São Paulo: Companhia das Letras, 2003.

LEFEVRE, F. & LEFEVRE, A. M. C. **Promoção de Saúde: a negação da negação**. Rio de Janeiro: Vieira e Vent, 2004.

LIMA, Hermes. **Introdução à Ciência do Direito**, Freitas Bastos, 28ª ed., 1986.

LUNARDI, V. L. Problematizando conceitos de saúde, a partir do tema da governabilidade dos sujeitos. **Revista Gaúcha de Enfermagem,** Porto Alegre, v.20, n.1, p.26-40, jan. 1999

LUZ, M. T. **Educação Física e Saúde Coletiva: papel estratégico da área e possibilidades quanto ao ensino na graduação e integração**. In: FRAGA, A.B.; WACHS, F. (Orgs) Educação física e Saúde Coletiva: Políticas de Formação e perspectivas de Intervenção. 2. ed. Editora da UFRGS, 2007.

MACHADO D. de O. **A Educação Física bate à porta: o programa de Saúde da Família e o acesso à saúde coletiva**. In: FRAGA, A.B.; WACHS, F. (Orgs) Educação física e Saúde Coletiva: Políticas de Formação e perspectivas de Intervenção. 2. ed. Editora da UFRGS, 2007.

MACHADO, F. R. S. O direito à saúde na interface entre sociedade civil e estado. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 7 n. 2, p. 355-371, jul./out.2009.

MALTA, D. C. A Política Nacional de Promoção da Saúde e a agenda da atividade física no contexto do SUS. **Epidemiol. Serv. Saúde,** Brasília, 18(1): 79-86, jan-mar 2009.

MARSHALL, Thomas Humphrey. **Cidadania, classe social e status**. Trad. De Meton Porto Gadelha. Rio de Janeiro: Zahar, 1967.

MENDES, V. M. **As práticas corporais e a clínica ampliada: A Educação Física na Atenção Básica.** 2013, 178f. Dissertação (Mestrado) Escola de Educação Física e Esporte, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

MENESTRINA, Eloi. **Educação física e saúde.** 2.ed., Ed. Unijuí, 2000.

MINAYO M.C.S. **Violência e saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006. 132p.

MIRA, C. M.. **Exercício Físico e saúde: da critica prudente.** In: BAGRICHEVSKY, M.; PALMA, A.; ESTEVÃO, A. (orgs) A saúde em debate na educação física. Blumenau – SC. Edibes, 2003.

MIRANDA, F. M., DE MELO, R. V., RAYDAN, F. P.S. A inserção do profissional de educação física no programa Saúde da família segundo opinião dos profissionais integrantes do programa em uma unidade básica de saúde da cidade de coronel fabriciano – mg in: movimentum - **Revista Digital de Educação Física** - Ipatinga: Unileste-MG - V.2 - N.2 - Ago.dez. 2007.

NAHAS, M. V.; GARCIA, L. M. T. Um pouco de história, desenvolvimentos recentes e perspectivas para a pesquisa em atividade física e saúde no Brasil. ***Rev. bras. educ. fís. esporte*** *(Impr.)* vol.24 nº.1 São Paulo Jan./Mar. 2010

NOGUEIRA, L.; PALMA, A. Reflexões acerca das políticas de promoção de atividade física e saúde: uma questão histórica. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, Campinas, maio/2003.

OLIVEIRA V. M. de et al. As Teses da Faculdade de medicina do RJ – Origens da relação entre Educação Física e Saúde na Escola. **Anais do XII Congresso Brasileiro de Ciencias do Esporte**. Caxambu: DN CBCE, 2001.

OLIVEIRA, V. M. de. **O que é Educação Física**. 11ed. São Paulo: Brasiliense, 2006.

PAIM, J. S **Planejamento em Saúde para não especialistas.** IN: CAMPOS, G.W.S. et al (org). Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, p. 767-782, 2006.

PAIM, J. S. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica** Tese (Doutorado) – – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia. 300fl. Salvador: 2007.

PAIM, J. S. & ALMEIDA FILHO, N. de. **A Crise da Saúde Pública e a Utopia da Saúde Coletiva**. Salvador: Casa da Qualidade, 2000.

PAIM, J. S. & TEIXEIRA, C. F. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, 12(Sup): 1819-1829, 2007.

PALMA, A. Educação Física, Ciência e Saúde: Outras Perspectivas. In: *CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS DO ESPORTE*, XII, Caxambu, MG. **Anais...** 2001.

PAULA, Ana Paula Paes de. **Por uma nova gestão pública**. Rio de Janeiro: FGV, 2005.

PEREIRA, A. J. R. **Programa Academia Popular: Um olhar sobre as políticas publicas em esporte e lazer no município de vitoria** – ES. 51f. Monografia (Licenciatura em Educação Física) – Centro de Educação física e Desportos, na Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória. 2010.

PEDUZZI M. **Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação** [Tese]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 1998.

POGIBIN, G.G. **Memórias de metalúrgicos grevistas do ABC paulista**. (Dissertação) Programa de pós Graduação em Psicologia – USP, São Paulo, 2009.

PUPPIM DE OLIVEIRA, J. A. Desafios do planejamento em políticas públicas: diferentes visões e práticas. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro: EBAPE/FGV, n. 40, p. 273-288, mar./abr. 2006.

QUINT, F. O.; MATIELLO JUNIOR, E. ; MARTINEZ J. F. N.; BACHELADENSKI M. S., Reflexões sobre a inserção da Educação física no programa Saúde da família. **Motivivência** Ano XVII, n° 24, Junho/2005.

QUINTANEIRO, Tânia et al. **Um toque de clássicos**: Marx, Durkheim e Weber. 2 ed. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2002.

RICHARDSON, Roberto Jarry. **Pesquisa social: métodos e técnicas/** colaboradores Jose Augusto de Souza Peres (et al.). – 3ª ed. São Paulo: Atlas, 1999.

ROCHA, V. M. e CENTURIAO, C. H. **Profissionais da saúde: formação, competência e responsabilidade social.** In: FRAGA, A.; WACHS, F. (Orgs.) Educação física e Saúde Coletiva: Políticas de Formação e perspectivas de Intervenção. 2. ed. Editora da UFRGS, 2007.

RAMOS, J. J. **Exercício Físico na História e na Arte: do homem primitivo aos nossos dias**. São Paulo: IBRASA, 1982. 353p

SABROZA , P. C. **Concepções de saúde e doença**. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública

SCABAR T.G., PELICIONI A. F., PELICIONI M.C.F. Atuação do profissional de Educação Física no Sistema Único de Saúde: uma análise a partir da Política Nacional de Promoção da Saúde e das Diretrizes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF. In: **J Health Sci Inst**. 2012; 30(4):411-8

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Programa básico do Serviço de Orientação da Fisiologia do Exercício.** Vitória, 1986.

SILVA, da A.L.F. DE OLIVEIRA, B.N. A trajetória da educação física no SUS em Sobral/CE: um resgate histórico In: **Revista da Faculdade de Educação Física da UNICAMP**, Campinas, v. 11, n. 2, p. 193-207, 2013.

SILVA, D. S. **Intersetorialidade, descentralização e empreendedorismo na gestão pública de esporte e lazer no estado do Espírito Santo.** Dissertação (Mestrado em Educação Física)- Centro de Educação Física e Desportos, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2012.

SILVA, L. P. **Direito à saúde e o Princípio da Reserva do Possível**. Monografia. Brasília: Instituto Brasiliense de Direito Público – IDP, Brasília, 2009

SOARES, C. L. **Educação Física; raízes européias e Brasil.** Campinas: Autores Associados, 1994 (Coleção educação contemporânea)

VENTURIM, L. F. **Análise de políticas públicas de esporte e lazer a partir da intersetorialidade: Ocaso do programa esporte e lazer da cidade (PELC) em Vitória.** 89 f. Dissertação (Mestrado em Educação Física) – Centro de Educação Física e Desportos na Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2011.

WEINECK, J. **Atividade Física e Esporte Para Que?** São Paulo: Manole, 2003.

WESTPHAL, M. F. MENDES, R. Cidade Saudável: uma experiência de Interdisciplinaridade e intersetorialidade. **Revista de Administração Pública** – RAP - Rio de Janeiro, FGV, 34 (6): 47-61, Nov./Dez. 2000.

LEIS E DOCUMENTOS ACESSADOS

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988***.* Brasília: Congresso Nacional, 1988.

BRASIL, Conselho Nacional dos Secretários de Saúde. **As Conferências Nacionais de Saúde: Evolução e perspectivas.** Brasília: CONASS, 2009 – 1ª Edição, 100 pg. (CONASS Documenta; 18)

BRASIL. **Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990**: [Lei Orgânica da Saúde]. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, p. 18.055, 20 set. 1990.

BRASIL. **Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional**. Brasília. 1996. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/arquivos/pdf/ldb.pdf>. Acesso em: 03 maio 2013.

BRASIL. **Lei no 8.142/90 de 28 de dezembro de 1990.** - Participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS, p. 25694, Brasília, DF. 1990.

BRASIL. **7ª Conferência Nacional de Saúde**, Anais. Brasília: Ministério da Saúde, 1980.

BRASIL. **8ª Conferência Nacional de Saúde**, Anais. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

BRASIL. **Portaria nº 687/GM, de 30 de março de 2006 - Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde; 2006.

BRASIL. **Portaria GM n°154 de 24 de Janeiro de 2008**. **Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF.** Brasília: Ministério da Saúde; 2008.

BRASIL. **Portaria nº 719, de 07 de abril de 2011 - Institui o Programa Academia da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

BRASIL. **As cartas da promoção da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas da Saúde; 2002.

CANADA. **Carta de Ottawa - Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde.** (Versão digitalizada em Português). Novembro, 1986.

DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS – Rio de Janeiro, Dezembro 2000. [internet] Acessado em: 23 de abril de 2013, Disponível em: <http://unicrio.org.br/img/DeclU_D_HumanosVersoInternet.pdf >

OMS, **Basic Documents**, 14ª Ed., Supplement, October 2006. Disponível em: <http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf>

OPAS 1988. **Declaração de Adelaide**. In Ministério da Saúde/FIOCRUZ 1996. *Promoção da Saúde: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá.* Ministério da Saúde/IEC, Brasília.

PREFEITURA DE VITÓRIA/SECRETARIA DE SAÚDE. **Plano de Ação 2005**. Vitória, 2005.

PREFEITURA DE VITÓRIA/SECRETARIA DE SAÚDE. **Plano de Ação 2006**. Vitória, 2006.

PREFEITURA DE VITÓRIA/SECRETARIA DE SAÚDE. **Plano de Ação 2007.** Vitória, 2007.

PREFEITURA DE VITÓRIA/SECRETARIA DE SAÚDE. **Plano de Ação 2008**. Vitória, 2008.

PREFEITURA DE VITÓRIA/SECRETARIA DE SAÚDE. **Plano de Ação 2011**. Vitória, 2011.

PREFEITURA DE VITÓRIA/SECRETARIA DE SAÚDE. **Plano de Ação 2012**. Vitória, 2012.

PREFEITURA DE VITÓRIA/SECRETARIA DE SAÚDE. **Plano Municipal de Saúde, 2006-2009.**

PREFEITURA DE VITÓRIA/SECRETARIA DE SAÚDE. **Plano Municipal de Saúde 2010-2013.**

PREFEITURA DE VITÓRIA/SECRETARIA DE SAÚDE. **Relatório de Gestão 2005.** Vitória 2005.

PREFEITURA DE VITÓRIA/SECRETARIA DE SAÚDE. **Relatório de Gestão 2006.** Vitória 2006.

PREFEITURA DE VITÓRIA/SECRETARIA DE SAÚDE. **Relatório de Gestão 2007.** Vitória 2007.

PREFEITURA DE VITÓRIA/SECRETARIA DE SAÚDE. **Relatório de Gestão 2008.** Vitória 2008.

PREFEITURA DE VITÓRIA/SECRETARIA DE SAÚDE. **Relatório de Gestão 2009**. Vitória 2009.

PREFEITURA DE VITÓRIA/SECRETARIA DE SAÚDE. **Relatório de Gestão 2010.** Vitória 2010.

PREFEITURA DE VITÓRIA/SECRETARIA DE SAÚDE. **Relatório de Gestão 2011.** Vitória, 2011.

PREFEITURA DE VITÓRIA/SECRETARIA DE SAÚDE. **Relatório de Gestão 2012.** Vitória 2012.

PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA/ESTADO DO ESPÍRITO SANTO. **Decreto Nº 12.070**. fls. 8, 2004.

RESOLUÇÃO CONFEF nº 046/2002 – Conselho Federal de Educação Física. **Intervenção do profissional de Educação Física**. Brasil, 2002.

RESOLUÇÃO CNE/CES Nº 7/2004 – Conselho Nacional de Educação**. Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Educação Física, em nível superior de graduação plena.** Brasil, 2004.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Programa Básico do Serviço de Orientação da Fisiologia do Exercício.** Vitória, 1986.

TAGLIAFERRE, Elaine; ALBUQUERQUE, Sabrina B. G. (orgs). **Organização, estrutura e funcionamento do serviço de orientação ao exercício – SOE.** Vitória, ES. 2008.

VENTURIM, L. M. de V. P. (org). **A inserção do profissional de educação física na atenção básica**. Vitória, ES. 2004.

Sites Acessados:

http://portalsaude.saude.gov.br/
http://www.vitoria.es.gov.br/
http://www.vitoria.es.gov.br/semus.php
http://www.vitoria.es.gov.br/semesp.php
http://www.vitoria.es.gov.br/semas.php
http://www.vitoria.es.gov.br/seme.php
http://dab.saude.gov.br/atencaobasica
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm
http://www.vitoria.es.gov.br/arquivos/20100519_saude_plano_2010_2013.pdf
http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_academia_saude_719.pdf
http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria154_24_01_08.pdf
http://189.28.128.100/nutricao/docs/legislacao/portaria_687_30_03_06.pdf
http://www.dicio.com.br/pelego/

http://www.revistaovies.com/reportagens/2011/01/o-sindicalismo-e-o-peleguismo-desde-sempre
http://www.mpba.mp.br/atuacao/cidadania/gesau/legislacao/internacionais/carta_ottawa.pdf
http://unicrio.org.br/img/DeclU_D_HumanosVersoInternet.pdf
http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf