

---

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA MOTRICIDADE  
ÁREA DE ATIVIDADE FÍSICA E SAÚDE**

---

**GESTÃO DA ATIVIDADE FÍSICA NO SUS: O PROCESSO DE INSERÇÃO DO  
PROGRAMA DE EXERCÍCIOS FÍSICOS EM UNIDADES DE SAÚDE NO  
MUNICÍPIO DE RIO CLARO-SP – UM ESTUDO DE CASO****AMÉRICO VALDANHA NETTO**

Tese de Doutorado apresentada ao Instituto de Biociências do Campus de Rio Claro, Universidade Estadual Paulista, como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutor em Ciências da Motricidade, Área de Atividade Física e Saúde.

Rio Claro  
Outubro/2014

617.1027 Valdanha Netto, Américo  
V144g      Gestão da atividade física no SUS : o processo de inserção  
do programa de exercícios físicos em unidades de saúde no  
município de Rio Claro-SP - um estudo de caso / Américo  
Valdanha Netto. - Rio Claro, 2014  
248 f. : il., figs., gráfs., tabs., quadros

Tese (doutorado) - Universidade Estadual Paulista,  
Instituto de Biociências de Rio Claro  
Orientador: Eduardo Kokubun

1. Medicina esportiva. 2. Atividade física e saúde. 3.  
Doenças crônicas não transmissíveis. I. Título.

Ficha Catalográfica elaborada pela STATI - Biblioteca da UNESP  
Campus de Rio Claro/SP

### CERTIFICADO DE APROVAÇÃO

**TÍTULO:** Gestão da atividade física no SUS: o processo de inserção do programa de exercícios físicos em unidades de saúde no município de Rio Claro-SP - um estudo de caso

**AUTOR:** AMERICO VALDANHA NETTO

**ORIENTADOR:** Prof. Dr. EDUARDO KOKUBUN

Aprovado como parte das exigências para obtenção do Título de DOUTOR EM CIÊNCIAS DA MOTRICIDADE, Área: ~~BIODINAMICA DA MOTRICIDADE HUMANA~~, pela Comissão Examinadora:




Prof. Dr. EDUARDO KOKUBUN  
Departamento de Educação Física / Instituto de Biociências de Rio Claro - SP



Profa. Dra. CAMILA DE MORAES  
Universidade de São Paulo, Escola de Educação Física e Esporte de Ribeirão Preto - SP



Prof. Dr. SEBASTIAO GOBBI  
Departamento de Educação Física / Instituto de Biociências de Rio Claro - SP



Prof. Dr. ALEX ANTONIO FLORINDO  
Escola de Artes Ciências e Humanidades (Each), Universidade de São Paulo - SP



Prof. Dr. JOSÉ LUIZ RIANI COSTA  
Departamento de Educação Física / Instituto de Biociências de Rio Claro - SP

Data da realização: 28 de outubro de 2014.

---

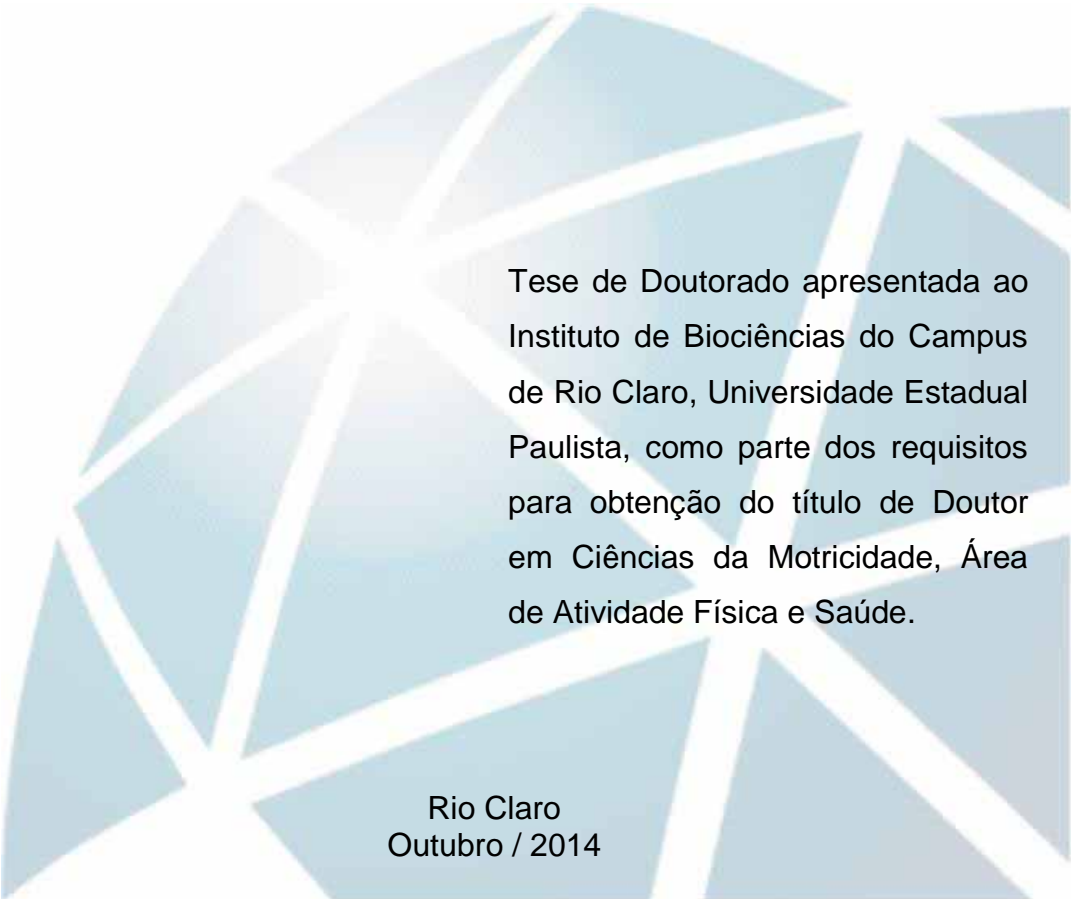
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA MOTRICIDADE  
ÁREA DE ATIVIDADE FÍSICA E SAÚDE**

---

**GESTÃO DA ATIVIDADE FÍSICA NO SUS: O PROCESSO DE INSERÇÃO DO  
PROGRAMA DE EXERCÍCIOS FÍSICOS EM UNIDADES DE SAÚDE NO  
MUNICÍPIO DE RIO CLARO-SP – UM ESTUDO DE CASO**

**AMÉRICO VALDANHA NETTO**

**Orientador: Dr. Eduardo Kokubun**



Tese de Doutorado apresentada ao Instituto de Biociências do Campus de Rio Claro, Universidade Estadual Paulista, como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutor em Ciências da Motricidade, Área de Atividade Física e Saúde.

Rio Claro  
Outubro / 2014

Dedico esse trabalho a meus pais que sonharam em formar seu filho. Aos meus amigos do NAFES por sempre estarem comigo. Ao meu Orientador que transformou minha vida. A minha esposa, que segurou minha mão e aceitou compartilhar dos meus sonhos. E a meu filho, que nem nasceu e já me deu muita força e inspiração no final desta Tese.

Procuramos sempre o peso das responsabilidades, quando o que na verdade almejamos é a leveza da liberdade."

Milan Kundera

## **AGRADECIMENTOS**

“A Felicidade só faz sentido quando compartilhada”

Christopher McCandless

Chegar a esse ponto da vida não foi fácil, mas não cheguei sozinho, disso tenho certeza. Concluir meu Doutorado, de certa forma, faz parte do sonho de muita gente.

Agradeço meus professores, desde a EMEI Paulo Koelle, seguindo pela Escola Joaquim Salles, passando pelo Escola Joaquim Ribeiro e por fim chegando no Campus de Rio Claro da UNESP.

Também faz parte dessa história e merecem um agradecimento muito especial os amigos... grandes amigos, que sempre me deram força e acreditaram em mim. Não preciso citar os nomes, estamos juntos há mais de 20 anos!

Aos amigos do NAFES um carinho muito especial, formamos uma família nos últimos 8 anos, muita coisa vivemos juntos.

Aos amigos da Fundação Municipal de Saúde também fica meu muito obrigado.

Aos servidores técnico administrativos da UNESP, em especial ao pessoal da Pós-graduação... VALEU a FORÇA!

Agradeço imensamente meus pais e irmãs, sei que devem se orgulhar, mas eu também me orgulho por ter vocês, cada um à sua maneira, perto de mim nessa caminhada.

Quero também agradecer e parabenizar cada pessoa que se envolveu com o Programa de Exercícios Físicos em Unidades de Saúde desde 2001, vocês construíram algo incrível!

"O agradecimento é a memória do coração. "

LAO-TSÉ

Não posso deixar de citar nominalmente algumas pessoas, pois a elas essa Tese tem muito a agradecer:

- Priscila Nakamura e Camila Papini – qualquer coisa que eu escrever será pouco. Vou me limitar a dizer OBRIGADO!
- Sebastião Gobbi e Lilian Gobbi – vocês dois tem um lugar especial em meu coração.
- José Firmino Correa Junior e José Roberto Gnecco – um me fez amar a educação física e o outro fez eu encontrar meu espaço na profissão.
- Eduardo Kokubun – as oportunidades que você me deu (e ainda me dá) me fizeram uma pessoa diferente. Obrigado por me ensinar, pois eu aprendi... sobre a vida, sobre trabalho, sobre atividade física e saúde! Sua amizade e seu apreço são importantes demais, e foram o motor propulsor dessa tese.
- José Américo Valdanha, meu pai – você abriu mão de muita coisa e não poupou esforços para que eu tivesse todo conforto para chegar a esse momento. Creio que aproveitei bem a oportunidade. Hoje o filho de uma humilde lavadeira de um querido encanador pode se orgulhar em dizer que formou um filho doutor.

Escrevo esses agradecimentos após ter feito todo meu trabalho de pesquisa, passado pelas etapas de avaliação e por fim de correção. Falta apenas a impressão e encadernação. Posso olhar para trás e ver que muita coisa aconteceu para eu ter a satisfação desse momento. Meus agradecimentos tentam resgatar o reconhecimento que tenho.

Mas existe uma pessoa a qual minha gratidão será eterna e infinita. Minha esposa Karla Santana... você acreditou em meu sonho, me apoiou de maneira incondicional, teve a coragem de mudar sua vida e viver junto a mim. Foi eu quem escrevi essa Tese, cada linha dela, mas foi por e para você.

Hoje temos nosso novo desafio... o filho que a qualquer momento irá nascer. Que venha o Pedro Américo! Muito amado pelos seus pais.

Por fim, agradeço a Deus por tudo o que me deu na vida.



## **RESUMO**

No enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis uma das grandes preocupações é com o alto índice de inatividade física que assola as populações, haja vista que este problema é considerado o fator de risco independente com maior prevalência na população. A OMS estima que a cada US\$ 1 investido em atividade física, outros US\$3,20 são economizados em custos médicos. Nos últimos anos o Ministério da Saúde do Brasil tem promovido discussões e plano de ações a fim de inserir a prática de atividade física no Sistema Único de Saúde (SUS), em especial na Atenção Básica à Saúde. No âmbito deste contexto, o presente estudo tem como objetivo, através de um estudo de caso, descrever o processo de inserção e o modelo conceitual de um programa de exercícios físicos na atenção básica à saúde a partir da experiência do Município de Rio Claro – SP, iniciada em 2001. Como metodologia de trabalho optou-se em realizar uma pesquisa bibliográfica sobre o processo de inserção das atividades físicas dentro do SUS brasileiro e, através de um estudo de caso, tendo como objeto o Programa de Exercício Físico em Unidades de Saúde, proposto pela parceria entre o Núcleo de Atividade Física Esporte e Saúde (NAFES), do departamento de Educação Física da UNESP - Rio Claro e a Secretaria de Saúde do Município de Rio Claro – SP, resgatar o processo de criação, implantação e desenvolvimento do programa na Atenção Básica à Saúde do Município de Rio Claro, fazendo uso de entrevista semiestruturada. As entrevistas foram analisadas através da técnica de Análise de Conteúdo e da metodologia de Análise do Discurso do Sujeito Coletivo. As análises dos discursos orais apresentam os relatos como representações sociais do grupo em foco, identificadas no contexto histórico, político e social do momento de elaboração e implantação do programa. As reflexões decorrentes dessa pesquisa expõem o pioneirismo do programa e contribuem para compreensão da importância do envolvimento de diversos setores da sociedade na construção de ações de promoção de saúde, além de apresentar o programa como um possível modelo de intervenção na atenção básica à saúde.

Palavras Chave: Atividade Física e Saúde, Atividade Física no SUS, Atividade Física e Doenças Crônicas não Transmissíveis

## **ABSTRACT**

Facing the chronic non-communicable diseases, one of the a major concern has been the high rate of physical inactivity on the populations, once this issue has been considered an independent risk factor with the highest prevalence in the population . The World Health Organization (WHO) estimates that in each \$ 1 invested in physical activity, other \$ 3.20 is saved in medical costs. In recent years, the Brazilian Ministry of Health has promoted discussions and actions in order to set up the practice of physical activity in the Unified Health System (SUS), mainly at the Primary Health Care. Within this context, this study aims, through a case study, to describe the insertion process and the conceptual model of a physical exercise program in primary health care having the experience in Rio Claro County - SP, started in 2001. As a study methodology, it was decided to conduct a bibliographic search on the integration process of physical activities in the Brazilian Unified Health System and , through a case study , having as object the program of Exercise in Health Care Facilities , proposed by the Center for Physical Activity, Sport and Health ( NAFES ) , the Department of Physical Education , UNESP - Rio Claro , and the Health Department of the Municipality of Rio Claro - SP, rescuing the process of creating , implementing and developing the program in Rio Claro County Primary Health Care, using semi structured interviews. The interviews were analyzed using the technique of content analysis and methodology Analysis of Collective Subject Discourse. Analyses of oral discourses present reports as social representations of the focus group, identified the historical, political and social context of the time of preparation and implementation of the program. The reflections arising from this research exposes the pioneering program and contribute to understanding of the importance of the involvement of various sectors of society in the construction of actions for health promotion, in addition to presenting the program as a possible model of intervention in primary care.

Keywords: Health and Physical, Physical Activity at SUS (Unified Health System), Physical Activity and Chronic Non-communicable Diseases Activity

## LISTA DE FIGURAS

<b>FIGURA 1</b> – Princípios que regem o SUS .....	13
<b>FIGURA 2</b> - Modelo teórico utilizado no programa de atividades físicas nas Unidades Básicas de Saúde de Rio Claro.....	33
<b>FIGURA 3</b> - Ilustração gráfica do teste de agilidade e equilíbrio dinâmico (adaptado de Osness, 1990).....	40
<b>FIGURA 4</b> - Ilustração gráfica do teste de coordenação (adaptada de Osness, 1990).....	41
<b>FIGURA 5</b> - Ilustração gráfica do teste de flexibilidade (adaptada de Osness, 1990).	42
<b>FIGURA 6</b> – Representação de “Rede, Colônia e Comunidade de Destino”, tendo base a teoria de Meihy, 1996.....	49
<b>FIGURA 7</b> – apresentação da tela IAD 1 do software QQsoft 1.3c.....	62
<b>FIGURA 8</b> - apresentação da tela IAD 2 do software QQsoft 1.3c .....	62
<b>FIGURA 9</b> – Gráfico das representações sociais dos entrevistados em relação à pergunta 1 .....	80
<b>FIGURA 10</b> - Gráfico das representações sociais dos entrevistados em relação à pergunta 3.....	84

## **LISTA DE TABELAS E QUADROS**

<b>Quadro 1</b> - Linha do Tempo - Representação das ações do Ministério da Saúde pertinentes no contexto da inserção de programas de Atividade Física no Sistema Único de Saúde .....	24
<b>Quadro 2</b> – Análise Sequencial de Políticas Públicas segundo suas Fases e Abordagens (TINOCO, 2010) .....	27
<b>Tabela 1</b> – Representações sociais dos entrevistados em relação à pergunta 3.....	79
<b>Tabela 2</b> - Representações sociais dos entrevistados em relação à pergunta 3.....	82
<b>Tabela 3</b> – Representações sociais dos entrevistados em relação à pergunta 3.....	84
<b>Tabela 4</b> - Representações sociais dos entrevistados em relação à pergunta 3.....	87

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

**AAPHERD** - American Alliance for Health, Physical Education, Recreation and Dance

**ABS** – Atenção Básica à Saúde

**AC** – Ancoragem

**APS** – Atenção Primária à Saúde

**CAPES** - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

**CDC** – Center for Disease Control and Prevention

**CNPq** - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

**CONASS** – Conselho Nacional de Secretários de Saúde

**CNS** – Conselho Nacional de Saúde

**DCNT** – Doenças Crônicas Não Transmissíveis

**DEF** – Departamento de Educação Física

**DSC** – Discurso do Sujeito Coletivo

**ECH** – Expressão Chave

**ESF** – Estratégia Saúde da Família

**FAPESP** – Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo

**FMS** – Fundação Municipal de Saúde

**IC** – Ideia Central

**IAD** – Instrumento de Análise do Discurso

**IBGE** - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

**IB** – Instituto de Biociências

**MS** – Ministério da Saúde

**MTT** – Modelo Transteorético

**NASF** – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

**NAFES** – Núcleo de Atividade Física Esporte e Saúde

**OMS** – Organização Mundial de Saúde

**ONU** – Organização das Nações Unidas

**PROEX** – Pró-reitoria de Extensão Universitária

**PNAB** – Plano Nacional de Atenção Básica

**PAB** – Piso de Atenção Básica

**PSF** – Programa Saúde da Família

**PNPS** – Plano Nacional de Promoção da Saúde

**QQsoft** – QualiQuantisoft

**RCQ** – Relação Cintura Quadril

**WHO** – World Health Organization

**SUS** – Sistema Único de Saúde

**UBS** – Unidade Básica de Saúde

**UNESP** – Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”

**VIGITEL** - Vigilância de Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

## SUMÁRIO

1. Introdução.....	01
1.1. Problema de Estudo.....	04
1.2. Justificativa.....	05
1.3. Objetivo.....	06
1.3.1. Objetivos Gerais.....	06
2. Revisão de Literatura.....	08
2.1. O Sistema Único de Saúde do Brasil.....	11
2.2. Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde.....	15
2.3. Promoção de Atividade Física no Sistema Único de Saúde.....	18
2.4. Festão de Políticas Públicas em Saúde .....	25
3 O programa de Exercícios Físicos em Unidades de Saúde inserido na Atenção Básica do Município de Rio Claro – SP.....	30
3.1. Gestão do Programa.....	30
3.2. Marco Teórico da Intervenção .....	31
3.3. Os participantes .....	34
3.4. Ciclo do Programa .....	35
3.5. Avaliação dos alunos .....	37
3.5.1. Medidas antropométricas .....	37
3.5.2. Avaliação da Aptidão Física .....	39
3.5.3. Avaliação Bioquímica .....	43
4. Procedimentos Metodológicos.....	45
4.1. Tipo de Pesquisa .....	45
4.2. Descrição das Etapas da Pesquisa .....	46

4.3. População e Amostra.....	48
4.4. Entrevistas.....	50
4.5. Estrutura de análise dos dados.....	54
4.51. Análise de Conteúdo .....	55
4.5.1.1. Caracterização dos Depoentes .....	56
4.5.2. Análise do Discurso do Sujeito Coletivo .....	57
4.5.2.1. Procedimentos .....	59
5. Resultados e Discussão .....	63
5.1. Análise de Conteúdo .....	63
5.1.1, Pertinência e Foco do Programa de Exercícios Físicos em Unidades de Saúde no Município de Rio Claro – SP .....	63
5.1.2. Gestão do Programa de Exercícios Físicos em Unidades de Saúde no Município de Rio Claro – SP .....	73
5.2. Análise do Discurso do Sujeito Coletivo .....	79
5.2.1. Pergunta 1 – O programa foi pensado com base na situação do pais? Quem participou da construção do programa? .....	79
5.2.2 Pergunta 2 – Quais eram os objetivos e o foco do programa? .....	82
5.2.3 Pergunta 3 – Como funcionava a Intervenção? .....	84
5.2.4 Pergunta 4 – Como era a Gestão do Programa? Havia recursos financeiros? .....	87
6. Considerações finais.....	89
Referências.....	95
Apêndice I – entrevista 1.....	106
Apêndice II - entrevista 2.....	117
Apêndice III - entrevista 3.....	125
Apêndice IV - entrevista 4.....	130



Apêndice V - entrevista 5.....	154
Apêndice VI - entrevista 6.....	171
Apêndice VII - entrevista 7.....	195
Apêndice VIII – Resumo das Expressões Chave .....	200
Apêndice IX – Discurso do Sujeito Coletivo por pergunta .....	224

## 1 Introdução

Entende-se por transição epidemiológica as mudanças ocorridas no tempo nos padrões de morte, morbidade e invalidez que caracterizam uma população específica e que, em geral, ocorrem em conjunto com outras transformações demográficas, sociais e econômicas (OMRAN, 2001).

Embora a transição epidemiológica no Brasil esteja ocorrendo de maneira diferente em suas diferentes regiões, em geral, percebe-se a diminuição da taxa de doenças infecciosas e aumento concomitante da taxa de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), especialmente as doenças cardiovasculares e o câncer.

A carga de doença no Brasil corresponde a 66,3% de DCNT, 23,5% de doenças infecciosas e 10,2% de causas externas (SCHRAMM et al, 2004). Mundialmente, a carga de doença relacionada às DCNT tem se elevado rapidamente e sua prevenção tem sido o maior desafio para a saúde pública, se tornando cada vez mais o foco de investigações, intervenções e iniciativas dos setores público e privado.

As DCNT são caracterizadas por um conjunto de doenças que não tem envolvimento de agentes infecciosos em sua ocorrência, multiplicidade de fatores de risco comuns, história natural prolongada, grande período de latência, longo curso assintomático com períodos de remissão e exacerbação, podendo levar ao desenvolvimento de incapacidades (GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ, 2013).

No enfrentamento das DCNT uma das grandes preocupações é com o elevado índice de inatividade física que assola as populações, haja vista que este problema é considerado o fator de risco independente com maior prevalência na população, sendo responsável por 6% das doenças cardiovasculares, 7% de diabetes tipo 2, 10% de câncer de mama e 10% de câncer de colón (LEE et al, 2012).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que 3,3 milhões de pessoas morrem em todo o mundo a cada ano devido à inatividade física, tornando-se a quarta principal causa de mortalidade (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009). Além disso, se a inatividade física fosse eliminada, a expectativa de vida aumentaria para 0,68 anos no mundo (LEE et al, 2012).

No âmbito da saúde os valores gastos representam um constante problema, diante disso é estimado que a cada US\$ 1 investido em atividade física, outros

US\$3,20 são economizados em custos médicos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010). Recentemente um estudo de Pratt et al (2014) constatou-se que 1 % a 2,6 % dos custos totais de saúde são atribuídas à inatividade física e que em países de baixa e média renda esses podem ser ainda maiores.

Como exemplo o autor combina em seu trabalho dados da pesquisa realizada por Matsudo e pela Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo (2002 apud PRATT et al, 2014), para calcular o total dos custos de saúde diretos, devido à inatividade física em adultos no sistema de saúde pública no Estado de São Paulo e chega à conclusão de que 3,3% dos custos do sistema de saúde do Estado estão relacionados aos baixos níveis de atividade física da população.

Neste contexto, a atividade física, reconhecida como uma ferramenta de baixo custo para a prevenção, reabilitação e tratamento de doenças relacionadas ao estilo de vida fisicamente inativo, principalmente as DCNT, se apresenta como um componente importante na promoção da saúde.

Aumentar a prática de atividades físicas em todos os segmentos populacionais é objeto de ações de órgãos como OMS, Organização das Nações Unidas (ONU), Centers for Disease Control and Prevention (CDC), American College of Sports Medicine (ACSM) e do Ministério da Saúde do Brasil (MS).

Estudo realizado por Hallal (et al, 2012a) com dados de 122 diferentes países, identifica que, de modo geral, a prevalência de inatividade física no mundo é em torno de 31,0%, variando entre 17,0% no sudeste da Ásia a 43,0% nas Américas e no Leste Mediterrâneo. No Brasil, dados do Vigitel (BRASIL, 2012) apontam que apenas 30,3% dos sujeitos entrevistados tem o hábito de realizar atividade física no tempo de lazer.

Na busca por estratégias visando aumentar os níveis de atividade física da população, guias de orientação para a prática regular de atividade física têm sido criados e divulgados na tentativa de conscientizar a população sobre a importância de incorporar esse comportamento ao cotidiano, como por exemplo o “Guide to strategies for increasing physical activity in the community” (CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2010).

A redução da inatividade física em nível populacional, no entanto, requer intervenções que promovam mudanças no comportamento. É importante salientar que

a inatividade física é um problema social, mais que uma questão de escolha individual (MARTINS, 2000), por isso se faz importante que as agendas de discussão da saúde incorporem a temática a fim de promoverem a inserção de programas de orientação e de aconselhamento para que os níveis de atividade física da população alcem índices mínimos desejáveis.

Nos últimos anos o MS do Brasil tem promovido discussões e plano de ação a fim de inserir a prática de atividade física no Sistema Único de Saúde (SUS). Isso pode ser notado em diversas iniciativas que vêm sendo adotadas pelo poder público.

Podemos ter como exemplo, a Política Nacional de Promoção da Saúde, publicada em 2006 e a criação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), criado em 2008, que possibilita intervenções na área temática das "Práticas Corporais/Atividade Física".

A publicação do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT no Brasil: 2011 – 2022 (BRASIL, 2011b), do Ministério da Saúde é marco importante para a consolidação da construção de intervenções que possibilitem o enfrentamento das DCNT no país, tendo a Atenção Básica à Saúde (ABS) como espaço de ação.

Neste material o MS, entre outros enfoques, destaca os baixos níveis de atividade física da população e propõe um novo programa de intervenção na atenção básica, o Academia da Saúde, proporcionando espaços para prática de atividade física orientada.

No ano de 2013 uma alteração na Lei 8.080, de 1990, inclui a atividade física como fator determinante e condicionante da saúde, o que além de representar o reconhecimento da necessidade do aumento dos níveis de atividade física da população, também abre espaço para financiamentos públicos no setor, o que pode vir a fomentar novas ações, principalmente as que tem sua elaboração e ação com características da região a qual está inserida. (BRASIL, 2013)

O suporte, em especial financeiro, as propostas de ação que visem o aumento dos níveis de atividade física da população, poderá contribuir no enfrentamento as DCNT, principalmente por possibilitar a inclusão de profissionais de Educação Física na ABS, considerando que após publicações do MS, como a Política Nacional de

Promoção da Saúde e o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT foram inseridas ações de orientação e aconselhamento sobre atividade física para pacientes em cuidados de saúde primários, o que representa uma das intervenções que contribuem para o aumento da prática de atividade em ambos os sexos (HIVENSALO, 2003; ORROW, 2012).

Entretanto no estudo de Florindo et al (2013) notou-se que a maior probabilidade de fornecer orientação sobre atividade física foi observada entre os profissionais de saúde de unidades que ofereciam sessões de atividade física ou de programas de atividade física para os usuários. Sendo assim evidencia-se a importância da implementação de programas para promoção da atividade física no sistema público de saúde.

### **1.1 Problema de Estudo**

Na literatura encontramos diversos trabalhos que evidenciam “o porquê fazer” atividade física e suas contribuições para saúde (REINER et al, 2013). Também podemos encontrar na literatura vasta informação sobre a importância das ações do poder público para aumentar os níveis de atividade física da população, e que essas têm grande impacto sobre a incidência de DCNT (Health et al, 2012).

Entretanto, talvez por ser recente a discussão, poucos são os trabalhos realizados na América Latina que apresentam modelos de programas de intervenção que tem por objetivo aumentar os níveis de atividade física da população por meio de ações conjuntas com a Atenção Básica à Saúde (ABS), bem como particularidades de suas atividades e monitoramento dos resultados.

Este trabalho se concentra em contribuir com a construção das políticas de saúde no Brasil, em especial no âmbito das práticas de atividades físicas junto a atenção básica do sistema único, a partir dos questionamentos: “o que fazer”, “como fazer” e “com quem fazer”.

Sendo assim levantamos a origem de um programa de exercícios físicos implantado em Unidades de Saúde, identificamos as questões que envolvem sua gestão e apresentamos sua relação com as políticas de saúde do país levando em consideração a possibilidade de ter a intervenção como modelo de ação.

## 1.2 Justificativa

No âmbito do enfrentamento das DCNT, entre os anos de 2006 e 2010, como parte operacional da Política Nacional de Promoção da Saúde, o Ministério da Saúde (MS) financiou intervenções para o desenvolvimento de estratégias de promoção de saúde, e na grande maioria das propostas foram contempladas ações de promoção da atividade física.

As ações de incentivo à prática de atividade física do MS nos últimos 10 anos evidenciam que o apoio a ações de saúde no âmbito da ABS tem especial importância,

Seja por esse ser o ambiente adequado para atuações de prevenção e promoção da saúde, haja vista que esse é o espaço para o primeiro contato na rede assistencial dentro do sistema de saúde, ou ainda por que as Unidades de Saúde, pertencentes a ABS são locais privilegiados para promoção da saúde mediante atividade física (AF), uma vez que minimizam parte das barreiras presentes em grupos populacionais sujeitos à inatividade física (KOKUBUN et al, 2007).

Diante deste contexto, esse trabalho se justifica por apresentar, através de um estudo de caso, o Programa de Exercícios Físicos em Unidades de Saúde no Município de Rio Claro – SP, por ser uma ação implantada na ABS da cidade no ano de 2001 a fim de promover ações de aconselhamento e orientação para prática de atividade física aos portadores de DCNT, a partir de uma parceria entre a Universidade e o poder público local.

Faz-se importante destacar que esta ação é idealizada e implantada em um período em que o MS limitava suas ações de incentivo à prática de AF no SUS a cartilhas de orientação e cadernos que informavam a importância desta para saúde da população, não havendo financiamentos ou programas institucionais para a área.

Com a evolução na gestão do programa esse passou a fazer parte da Política Municipal de Saúde, iniciando um processo de implantação em todas as Unidades de Saúde da cidade a partir de financiamento do MS por meio dos editais lançados pela Secretaria de Vigilância em Saúde, entre os anos de 2006 e 2010.

O programa apresenta grande relevância no âmbito acadêmico, tendo em vista que no momento de sua elaboração e implantação este representava um novo conhecimento para área, diante dos poucos trabalhos realizados. No contexto social

o programa representa um novo recorte na saúde pública ao difundir a importância da prática de atividade física como forma de prevenção e tratamento não medicamentoso. E no universo de atuação profissional o programa tem sua relevância ao inserir o profissional de educação física como responsável pela orientação e prescrição das atividades.

Na conjuntura da Universidade, o Programa de Exercícios Físicos em Unidades de Saúde representa a Gestão da tríplice função universitária, quando as fronteiras do Ensino são ultrapassadas com ações por meio da Extensão e o crescimento e desenvolvimento da área ocorre a partir das Pesquisas realizadas.

Por fim, podemos destacar a contribuição da intervenção no programa de Pós-graduação em Ciências da Motricidade, uma vez que as pesquisas realizadas contribuíram para o fortalecimento da área de estudo que originou a Área de Concentração em Atividade Física e Saúde

### **1.3. Objetivos**

O presente estudo tem como objetivo, a partir de um estudo de caso descrever os aspectos da criação e apresentar o modelo de gestão do Programa de Exercícios Físicos implantado na atenção básica à saúde do Município de Rio Claro – SP, compreendendo este como um possível modelo de programa de política pública para o Sistema Único de Saúde brasileiro.

#### **1.3.1. Objetivos Específicos**

- Promover o resgate histórico do incentivo governamental para a inserção de programas de promoção de atividade física no Sistema Único de Saúde;
- Apresentar a experiência iniciada no ano de 2001 pelo Núcleo de Atividade Física Esporte e Saúde (NAFES) em parceria com a Fundação Municipal de Saúde com a inserção de exercícios físicos como forma de prevenção e tratamento não medicamentoso na atenção básica à saúde no Município de Rio Claro – SP.

- Descrever o modelo conceitual e particularidades de gestão do Programa de Exercícios Físicos implantado na atenção básica à saúde do Município de Rio Claro – SP



## 2 Revisão de Literatura

O nascimento da sociedade industrial é o marco das mudanças significativas nos modelos de organização do tempo e das atividades diárias que antes eram conhecidas e vividas. Esse momento faz parte do período histórico conhecido como Modernidade (BERMAN, 1986).

As transformações ocorridas no período possibilitam que o Homem passe a vivenciar novas experiências em suas relações, seja com outras pessoas, com seu trabalho ou com o uso de seu tempo (CAMARGO, 1986), dessa forma, a modernidade se apresenta como transformadora de valores.

O desenvolvimento de novas tecnologias proporcionou uma maior eficiência na produção fabril, o que colaborou para o surgimento de uma "sociedade de consumo", onde as jornadas de trabalho são menores e as pessoas encontram mais tempo liberado do trabalho para viver o estilo de vida moderno.

No âmbito deste contexto a modernidade tem promovido, além de avanços, alterações no meio ambiente e de comportamento que são prejudiciais aos seres humanos, como por exemplo, a diminuição dos níveis de atividade física da população.

A atividade física tende a se reduzir nas sociedades modernas em função da transição do trabalho intensivo em energia, como o trabalho agrícola, para as atividades de serviços; da redução concorrente dos níveis de atividade física em cada ocupação; e das mudanças decorrentes da introdução dos sistemas de transportes e das atividades de entretenimento, centradas na televisão. (MENDES, 2012)

De acordo com o CDC (1996) a atividade física regular está associada com uma diminuição do risco de desenvolver condições crônicas como o diabetes, o câncer colorretal e a hipertensão arterial; de reduzir a depressão e a ansiedade; de reduzir as fraturas por osteoporose; de ajudar no controle do peso; de manter saudáveis ossos, músculos e articulações; de ajudar as pessoas idosas a se manterem em melhores condições de se movimentarem; de promover o bem-estar; e de melhorar a qualidade de vida.

Nesse sentido algumas recomendações para a prática de exercícios são elaboradas ou reformuladas ao longo dos anos, no intuito de melhorar o condicionamento físico das pessoas. O primeiro posicionamento publicado foi o do Colégio Americano de Medicina Esportiva intitulado "A quantidade e qualidade dos exercícios para o desenvolvimento e manutenção do condicionamento em adultos saudáveis" (COELHO et al, 2009),

Que estabelecia os exercícios necessários para que os adultos saudáveis mantivessem ou melhorassem a aptidão cardiorrespiratória e a composição corporal. Eram recomendadas atividades aeróbias, como caminhadas, corridas, ciclismo, realizadas na frequência de 3 a 5 dias/semana, com intensidade de 60% a 90% do VO<sub>2</sub>máximo e duração de 15 a 60 minutos (Department of Health & Human Service, 2009)

Com o passar do tempo essas recomendações são aos poucos reformuladas com a inclusão de exercícios de força e resistência muscular, no entanto o foco na aptidão cardiorrespiratória e muscular perde espaço para a crescente preocupação em melhorar o estado geral de saúde do indivíduo.

Dessa forma, em 1995, o CDC e a ACSM recomendam que todos os indivíduos deveriam realizar atividades físicas de moderada intensidade, contínuas ou acumuladas, em todos ou na maioria dos dias da semana, totalizando, aproximadamente, 150 minutos/semana ou 200kcal por sessão (PATT et al, 1995).

No entanto, como aponta Haskell et al (2007), havia a compreensão de que apenas as atividades vigorosas poderiam gerar benefícios ou, ainda, que as atividades físicas leves do cotidiano fossem suficientes para promover saúde. Por esse motivo, em 2007, essa recomendação foi reformulada na tentativa de esclarecer muitos pontos que ficaram implícitos no documento anterior.

As recentes recomendações para atividade física, com base nas diretrizes publicadas no Physical Activity Guidelines for Americans (DEPARTMENT OF HEALTH, 2008), indicam que se faz necessária a prática de duas formas de atividade física para melhoria da saúde: atividade aeróbia e fortalecimento muscular.

Para tal foi identificada a meta de 150 minutos por semana de atividade física de intensidade moderada e em dois ou mais dias da semana realizar um trabalho de fortalecimento de todos os grupos musculares; ou realizar 75 minutos por semana de

atividade física de intensidade vigorosa e em dois ou mais dias da semana realizar um trabalho de fortalecimento de todos os grupos musculares; ou ainda 150 minutos de uma combinação de atividades físicas de intensidade moderada e vigorosa e em dois ou mais dias da semana realizar um trabalho de fortalecimento de todos os grupos musculares.

Ressalta-se ainda, que é possível atingir essas recomendações dentro dos domínios da atividade física: o tempo de lazer, tempo de trabalho, no deslocamento e/ou nas atividades domésticas.

No contexto atual da saúde a inatividade física é responsável por mais de cinco milhões de mortes no mundo inteiro, independente de outros fatores de riscos, o que corresponde a 5,5% de todas as causas de mortalidade e a quarta posição no ranking dos fatores de risco para mortalidade (LEE et al, 2012).

Cabe aqui destacar a necessidade de se apresentar a diferença de conceitos que estão relacionados aos níveis insuficientes de atividade física. Gomes (2012) apresenta que a inatividade física pode se referir tanto a indivíduos completamente inativos (sedentários) quanto a indivíduos que são insuficientemente ativos, ou seja, não atingem a quantidade de atividade física recomendada mundialmente, porém fazem algum tipo de atividade física.

A pesquisa Vigitel (2013) demonstrou que, considerando o conjunto da população adulta das cidades estudadas e considerando 150 minutos semanais de atividade física de intensidade moderada ou de pelo menos 75 minutos semanais de atividade física de intensidade vigorosa, a frequência de inatividade física foi de 14,0%, semelhante entre homens (14,1%) e mulheres (13,9%).

Ainda que os números absolutos da frequência de atividade física da pesquisa VIGITEL (2011) não transpareçam ser muito alarmantes, quando os dados são analisados e apresentados separadamente dentro de cada domínio da atividade física pode-se notar os elevados índices de inatividade física da população.

Como exemplo, Florindo et al (2009) identifica em seu estudo que entre adultos (18 a 65 anos) a prevalência de inatividade física em cada domínio foi: lazer 77,5%; deslocamento 91,7%; trabalho 68,9%; e doméstico 56,7%, resultado alarmante e semelhante ao que encontrou Fernandes et al (2010) ao identificar que

menos de 30% dos indivíduos que participaram de seu estudo realizam frequentemente atividades esportivas.

O próprio levantamento VIGITEL (2013) aponta que apenas 30,3% dos sujeitos entrevistados tem o hábito de realizar atividade física no tempo de lazer.

Embora a prevalência de inatividade física seja apresentada em forma de valor relativo total, sua distribuição não é uniforme em todos os grupos populacionais. Desta maneira a inatividade física é mais prevalente em mulheres, idosos, incapacitados, indivíduos de baixo nível socioeconômico e de menor escolaridade (GIDLOW et al, 2006; SALLES-COSTA et al, 2003; MASSON et al, 2005; HALLAL et al, 2005; TAYLOR et al, 1998; FLORINDO et al, 2009).

Assim, programas de intervenção direta que procuram promover a atividade física deveriam dar ênfase a segmentos populacionais que estariam mais predispostos a serem inativos fisicamente (TAYLOR et al, 1998).

Diante deste quadro há uma crescente demanda para a política de saúde pública baseada em evidência sobre os determinantes sociais da saúde e na redução das iniquidades em saúde, inclusive no acesso a programas de atividade física orientada.

A partir deste retrospecto, é possível assumir que as Unidades de Saúde, presentes em todos os municípios brasileiros, seriam locais privilegiados para a implantação e promoção da saúde mediante atividade física, tendo em vista que atenderiam parte da população que não possui acesso a programas de atividades físicas de qualidade ou que pertencem a minorias altamente suscetíveis a um estilo de vida inativo (KOKUBUN et al, 2007).

## **2.1 O Sistema Único de Saúde do Brasil**

A implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, no ano de 1990, é marco da evolução da saúde no país. Fruto de lutas por direitos que partem da base da sociedade, a partir de reivindicações que nortearam o movimento que ficou conhecido por “Movimento Sanitarista”, os parâmetros do SUS foram fundamentados na 8ª. Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986.

O programa criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas Leis n.º 8080/90 (Lei Orgânica da Saúde) e nº 8.142/90, agrega todos os serviços estatais – das esferas Federal, Estadual e Municipal – com a finalidade de alterar a situação de desigualdade na assistência à Saúde da população.

O SUS é um sistema público, organizado e orientado no sentido do interesse coletivo, e todas as pessoas, independente de raça, crenças, cor, situação de emprego, classe social, local de moradia, a ele têm direito.

Na verdade, o SUS representa a materialização de uma nova concepção acerca da saúde em nosso país. Antes a saúde era entendida como "o Estado de não doença", o que fazia com que toda lógica girasse em torno da cura de agravos à saúde. Essa lógica, que significava apenas remediar os efeitos com menor ênfase nas causas deu lugar a uma nova noção centrada na prevenção dos agravos e na promoção da saúde. Para tanto, a saúde passa ser relacionada com a qualidade de vida da população, a qual é composta pelo conjunto de bens que englobam a alimentação, o trabalho, o nível de renda, a educação, o meio ambiente, o saneamento básico, a vigilância sanitária e farmacológica, a moradia, o lazer, etc. (BRASIL, 2000)

Antes da implementação do SUS as ações de saúde no Brasil estavam separadas, onde o Ministério da Saúde era responsável por programas de prevenção, como as campanhas de vacinação, e o Ministério da Previdência Social incumbia-se pela prestação dos serviços médicos curativos, que até então não era um direito de todos, mas somente dos que contribuíam com a previdência social.

A mudança foi grande. A primeira transformação ocorreu com a unificação do comando da saúde, transferindo para o Ministério da Saúde toda a responsabilidade pela Saúde no âmbito federal, porém, coexistindo em seu âmbito subsistemas em cada Estado e em cada Município.

Outro ponto importante na construção do SUS são seus princípios doutrinários e os princípios que regem sua organização (Figura 1), que norteiam sua gestão nas três esferas do governo levando-se em consideração a atenção básica, média e alta complexidade.

**Figura 1 – Princípios que regem o SUS**



*Princípios Doutrinários* (CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE – SP, 2008)

- **Universalidade:** é a garantia de atenção à saúde, por parte do sistema, a todo e qualquer cidadão. Com a universalidade, o indivíduo passa a ter direito ao acesso a todos os serviços de saúde, inclusive àqueles contratados pelo poder público. Saúde é direito de todos e dever do governo, seja ele municipal, estadual ou federal.

- **Equidade:** é assegurar ações e serviços de todos os níveis de acordo com a complexidade que cada caso requeira, more o cidadão onde morar. Todo cidadão é igual perante o SUS e será atendido conforme suas necessidades até o limite do que o sistema pode oferecer.

- **Integralidade:** é o reconhecimento na prática dos serviços que:
  - ✓ Cada pessoa é um todo indivisível e integrante de uma comunidade;
  - ✓ As ações de promoção, proteção e recuperação da saúde formam também um todo indivisível e não podem ser compartimentalizadas;
  - ✓ As unidades prestadoras de serviço, com seus diversos graus de complexidade, formam também um todo indivisível configurando um sistema capaz de prestar assistência integral;

- ✓ O homem é um ser integral, bio-psico-social, e deverá ser atendido com esta visão integral por um sistema de saúde também integral, voltado a promover, proteger e recuperar sua saúde.

Princípios de Organização (CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE – SP, 2008)

- Regionalização e hierarquização: os serviços devem ser organizados em níveis de tecnologia crescente, dispostos numa área geográfica delimitada e com definição da população a ser atendida. Isto implica na capacidade dos serviços em oferecer a uma determinada população todas as modalidades de assistência, bem como o acesso a todo tipo de tecnologia disponível, possibilitando um ótimo grau de resolubilidade. O acesso da população a rede deve se dar por meio dos serviços de nível primário de atenção, que devem estar qualificados para atender e resolver os principais problemas que demandam os serviços de saúde. Os demais deverão ser referenciados para os serviços de maior complexidade tecnológica.

- Resolubilidade: é a exigência de que, quando um indivíduo busque atendimento ou quando surge um problema de impacto coletivo sobre a saúde, o serviço correspondente esteja capacitado para enfrentá-lo e resolvê-lo até o nível de sua competência.

- Descentralização: é entendida como uma redistribuição das responsabilidades quanto às ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo, a partir da ideia de que quanto mais perto do fato a decisão for tomada, mais chance haverá de acerto. Deverá haver uma profunda redefinição das atribuições dos vários níveis de governo com um nítido reforço do poder municipal sobre a saúde - o que é denominado municipalização da saúde.

- Participação popular: é a garantia de que a população, por meio de suas entidades representativas, participará do processo de formulação das políticas de saúde e do controle da sua execução, em todos os níveis, desde o federal até o local. Essa participação deve se dar nos Conselhos de Saúde, com representação paritária de usuários, governo, profissionais de saúde e prestadores de serviço. Outra forma de participação são as conferências de saúde, periódicas, para definir prioridades e linhas de ação sobre a saúde.

- Complementariedade do setor privado: a constituição definiu que quando o setor público não for suficiente para prestar os serviços necessários devem ser contratados serviços privados, desde que sejam seguidas as regras do direito público e as diretrizes do SUS e sejam priorizadas as entidades não-lucrativas ou filantrópicas.

## **2.2 Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde**

No ano de 2004 foi realizado no Brasil uma reunião do Conselho Nacional de Secretários de Saúde com o objetivo de se discutir a atenção primária à saúde (APS) a fim de chegarem a consensos. Neste evento APS foi definida como:

Um conjunto de intervenções de saúde no âmbito individual e coletivo que envolve: promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas às populações de territórios (território-processo) bem delimitados, das quais equipes assumem responsabilidade. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância das populações. É o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade (ao Sistema), continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, vínculo, equidade e participação social. A APS deve considerar o sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sociocultural, e buscar a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento das doenças e a redução dos danos ou de sofrimento que possam estar comprometendo suas possibilidades de viver de modo saudável (CONASS, 2004)

Na conjuntura das transformações no tratamento da saúde proporcionadas pelo SUS podemos destacar o grande avanço no âmbito da atenção primária a saúde. Entretanto na legislação brasileira esta é chamada de Atenção Básica à Saúde (ABS), que se caracteriza por um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo que abrangem a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. (BRASIL, 2006b).

Cabe aqui levantar que o uso do termo ABS vem sendo rediscutido não apenas no meio acadêmico mas também entre os agentes de sua organização. Há uma preferência pelo uso da expressão “atenção primária”, que já está sendo



resgatado no Brasil, o que é absolutamente pertinente, uma vez que encontra alinhamento com outros idiomas e facilita o diálogo com experiências de outros países, além de representar um sentido mais amplo para o que é tratado como porta de entrada para o Sistema de Saúde. (SOUZA, 2010).

ABS é a terminologia mais usual, no caso brasileiro, para denominar as ações que se aproximam da noção de atenção primária. (RIBEIRO, 2007).

O Surgimento do termo ABS está relacionado com o momento de elaboração da Norma Operacional Básica de 1996, que apresentou as bases para um novo modelo de atenção e instituiu o Piso de Atenção Básica (PAB), introduzindo a modalidade de financiamento per capita e os incentivos financeiros aos Programas Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde (NOB-SUS/96).

O Piso de Atenção Básica passou a garantir os repasses de forma automática do nível federal para o nível municipal.

Havia uma advertência clara de que o termo “atenção primária” fazia relação com os pacotes assistenciais reducionistas impostos pelas agências internacionais às regiões em desenvolvimento e que, portanto, qualquer proposta de “piso de atenção primária” poderia ser imediatamente rejeitada pela nomenclatura. Havia, naquele momento, necessidade premente de mudança na modalidade de financiamento – situação que não poderia se subordinar a um longo período de debate para escolha de uma denominação adequada. Assim surgiu o termo “atenção básica”, como alternativa para evitar a resistência que era anunciada. (SOUZA, 2010)

O processo de reorientação do modelo de atenção primária no Brasil, portanto, está diretamente relacionada com o processo de fortalecimento do programa saúde da família, modelo de atenção à saúde iniciado no ano de 1994 como Programa de Saúde da Família (PSF), sendo este recentemente redenominado, por Portaria Ministerial 648/GM de 2006, como Estratégia da Saúde da Família (ESF), caracterizando-se como a porta de entrada prioritária de um sistema hierarquizado e regionalizado de saúde. (BRASIL, 2006b)

O ano de 2006 representa um marco importante para a recente história da saúde pública no Brasil, momento em que o Ministério da Saúde propôs profundas alterações em suas ações.

Foi neste ano que o Ministério da Saúde formulou em conjunto com Estados e Municípios o Pacto pela Saúde, portaria 399/GM de 2006, que representa um conjunto de reformas institucionais do SUS, pactuado entre as três esferas de gestão (União, Estados e Municípios) visando transformar e fortalecer o SUS, ao mesmo tempo, redefine as responsabilidades de cada gestor, fortalecendo a noção de responsabilidade e corresponsabilidade.

O Pacto pela Saúde apresenta prioridades articuladas e interligadas para consolidação do SUS sob a forma de três pactos: Pacto pela Vida; Pacto em Defesa do SUS; e Pacto de Gestão, onde definem-se (BRASIL, 2006a):

- ✓ Pacto em Defesa do SUS - Representa um conjunto de ações articuladas que envolvem as três instâncias de governo e que visa reforçar o SUS como uma política de Estado, tendo como proposta defender seus princípios.
- ✓ Pacto de Gestão - Estabelece as responsabilidades de cada ente federativo de forma a diminuir as competências concorrentes e a tornar mais evidente quem deve fazer o quê, contribuindo com o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do SUS
- ✓ Pacto pela Vida - Constituído por um conjunto de compromissos sanitários, expressos em objetivos de processos e resultados e derivados da análise de situação da saúde do país e das prioridades definidas pelas três instâncias de governo. Define ainda prioridades de ação: Câncer de colo de útero e de mama; Mortalidade Infantil e materna; Doenças emergentes e endemias; Saúde do Idoso; Promoção da saúde; e Atenção básica à saúde.

O compromisso do Pacto pela saúde, por meio do pacto pela vida, com a atenção básica conduziu a promoção da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), regulamentada pela Portaria n. 648, de 28 de Março de 2006, que estabeleceu a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica (Brasil, 2006b).

A PNAB apresenta os princípios gerais para Atenção Básica e coloca a Saúde da Família como estratégia de mudança do modelo de atenção e define dentre suas áreas estratégicas de atuação na Atenção Básica a Promoção da Saúde, o que

conduziu a Portaria n. 687, de 30 de Março de 2006, que aprovou a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) (BRASIL, 2006c).

A PNPS surge a partir da necessidade de implantação e implementação de diretrizes e ações para promoção da saúde em consonância com os princípios do SUS, tendo como objetivo a promoção da qualidade de vida e a redução da vulnerabilidade e dos riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura e bens e serviços essenciais, constituindo o primeiro nível de atenção do SUS.

A PNPS incluiu a promoção de atividade física e práticas corporais na agenda nacional, incentivando a destinação de recursos a todos os estados da federação para investimento em projetos locais de incentivo a atividade física.

### **2.3 Promoção de Atividade Física no Sistema Único de Saúde**

A preocupação com os baixos níveis de atividade física da população chama atenção no mundo todo para a necessidade de se encontrar estratégias para que mais pessoas incorporem a sua rotina diária um estilo de vida mais ativo.

A atividade física regular tem sido considerada uma importante ferramenta no combate as DCNT, que podem ser compreendidas como um conjunto de doenças que não tem envolvimento de agentes infecciosos em sua ocorrência.

No Brasil essa realidade não é diferente, considerando que 66,3% das doenças estão no âmbito das DCNT (SCHRAMM et al, 2004), 14% de prevalência de inatividade física nas capitais brasileiras e Distrito Federal (BRASIL, 2012) e 3,3% dos custos de saúde do Estado de São Paulo estão relacionados com os baixos níveis de atividade física da população (PRATT, 2014), a elaboração de planos de intervenção é essencial para a modificação dessa realidade.

A atenção primária à saúde tem grande potencial para estimular o aumento da prevalência de pessoas fisicamente ativas na população, principalmente quando promove acesso universal e contato longitudinal no cuidado as pessoas (GUSSO et al, 2012).

Estudos demonstram que mesmo intervenções breves e objetivas realizadas por médicos de família e comunidade são efetivas para aumentar os níveis de AF da população em geral. A participação de outros profissionais de saúde atuando em equipe multiprofissional e interdisciplinar, potencializa o efeito dessa intervenção (AITTASALO, 2006).

No Brasil, podemos considerar que o primeiro passo no reconhecimento da importância da atividade física no âmbito da saúde foi a Resolução n. 218, de 06/03/1997, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que reconhece os Profissionais de Educação Física como Profissionais de Saúde.

Entretanto a primeira proposta efetiva de implantação de programas a fim de promover a prática de atividades físicas no SUS foi apresentada pela Portaria n. 1893/GM, de 15/10/2001, do Ministério da Saúde, que Instituiu o Programa de Promoção da Atividade Física, a ser coordenado pela Secretaria de Políticas de Saúde do referido Ministério, tendo por objetivo:

- I. conferir maior sustentabilidade e efetividade às ações de prevenção e controle de doenças crônicas não transmissíveis;
- II. articular, promover e implementar projetos de atividades físicas moderadas, de caráter regular, voltados às populações de hábitos sedentários (BRASIL, 2001a)

O programa tinha por estratégia a utilização de consultoria técnica do Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul – Celafisc, onde a instituição deveria:

Apoiar “a Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde – SPS/MS – na implementação de ações de educação em saúde, com o desenvolvimento de projeto de implantação nacional de um programa de promoção da atividade física para a população brasileira, como forma de prevenção, tratamento, reabilitação e promoção da saúde (BRASIL, 2001a).

No ano de 2004, foi publicada a Portaria nº 936/GM/MS, que dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e a implantação e implementação e de Núcleos de Prevenção à Violência em Estado e Municípios.

Essa portaria foi o primeiro passo para o que viria a ser um marco nas políticas de atenção primária à saúde no Brasil, haja vista que determinava objetivos como articulação de gestão, formulação de indicadores, formulação de políticas públicas intra e inter – setoriais, aumento da participação civil na organização das políticas públicas, etc.

Além de definir as atribuições dos componentes formadores da Rede Nacional, que vão desde as definições de atuação das três esferas do governo, passando por capacitação de profissionais, elaboração de planos de ação, desenvolvimento de indicadores para avaliar e nortear ações e estímulo a parcerias com instituições de ensino superior.

O acúmulo de experiências e conhecimento conduziu o MS a propor profundas transformações nas ações que envolvem a atenção primária à saúde. O ano de 2006 é marco importante para esse momento e tem grande importância no contexto da inserção da atividade física no Sistema Único de Saúde (SUS).

O Pacto pela Saúde, Portaria 399 de 22 de fevereiro de 2006 (BRASIL, 2006a), aprovado por unanimidade pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) é um conjunto de reformas institucionais do SUS pactuado entre as três esferas de gestão - União, Estados e Municípios, e tem como objetivo promover a melhoria dos serviços ofertados à população e a garantia de acesso a todos.

Considerando os princípios e as diretrizes propostas pelo Pacto pela Saúde (PS) foi pactuada e aprovada a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), Portaria 648 de 28 de março de 2006, que propõe revisão das diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). (BRASIL, 2006b).

A PNAB tem na ESF sua ação prioritária de atuação na atenção primária à saúde, e se torna a porta de entrada preferencial para o SUS, sendo responsável por ações que atingem cerca de 60% da população brasileira (BRASIL, 2011b)

No âmbito deste contexto foi publicada a Portaria nº 687/GM/MS, de 30 de março de 2006, que aprova a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), que em seu texto possui sete áreas temáticas, sendo uma delas a de Práticas Corporais / Atividade Física.

A Promoção à saúde é uma estratégia de articulação transversal na qual se confere visibilidade aos fatores que colocam a saúde da população em risco e às diferenças entre necessidade, territórios e culturas presentes no país, visando a criação de mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade, defendam racionalmente a equidade e incorporem a participação e o controle social na gestão das políticas públicas. (BRASIL, 2006c)

Com a finalidade de desenvolver ações de promoções de saúde no Brasil, entre os anos de 2006 e 2010 a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do MS, embasada na PNPS, promove editais anuais que eram destinados...

...a selecionar Projetos de Incentivo à Vigilância e Prevenção de Doenças e Agravos Não Transmissíveis, com ênfase em ações relacionadas à Estratégia Global (Práticas Corporais e Atividade Física) em Municípios, Estados e Distrito Federal, que objetivem promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes (BRASIL, 2006d)

Até 2010, foram investidos aproximadamente R\$ 171 milhões no financiamento dessas intervenções, sendo que no ano de 2009 1374 Municípios foram contemplados, e esse conjunto de entes federados beneficiados passa a ser denominado Rede Nacional de Atividade Física (RNAF) (AMORIN, 2013)

Como parte do PNPS, principalmente em decorrência a alta incidência de DCNT na população Brasileira, onde estima-se que essas doenças constituem o problema de saúde de maior magnitude e correspondem a cerca de 70% das causas de mortes, atingindo fortemente camadas pobres da população e grupos mais vulneráveis, como a população de baixa escolaridade e renda (BRASIL, 2011b), considerando que as DCNT causam danos irreversíveis à saúde, apresentam um longo período assintomático e fatores de risco comuns e preveníveis, faz-se importante estabelecer um sistema de vigilância das DCNT que monitore seus fatores de risco e proteção, visando apoiar ações de promoção e prevenção. (BRASIL, 2008b; MALTA et al, 2011).

Nesse sentido o MS por meio da SVS implantou em 2006 a Vigilância de Fatores de Risco por Inquérito Telefônico (VIGITEL) (BRASIL, 2007; BRASIL, 2008; BRASIL, 2009; BRASIL, 2010; BRASIL, 2011; BRASIL, 2012; BRASIL, 2013.), que se caracteriza por ser um sistema contínuo de monitoramento de fatores de risco e

proteção das DCNT, identificando frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 Estados do Brasil e no Distrito Federal, tendo em vista o cenário de saúde do país, onde a proporção de mortes por DCNT aumentou em mais de três vezes entre 1930 e 2006 (MALTA et al, 2006).

Em seu relatório do ano de 2011, o Vigitel identificou que considerando o conjunto da população adulta das cidades estudadas, a frequência de adultos que praticam o volume recomendado de atividade física no tempo livre foi de 30,3% (VIGITEL, 2011a),

Concomitante a este período, é aprovada a Portaria 154, de 24 de janeiro de 2008, do Ministério da Saúde, criando os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF (BRASIL, 2008c).

O Saúde da Família se apresenta como a principal estratégia organizativa da atenção primária no âmbito do SUS. A implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) já se consolida como proposta inovadora na organização do processo de trabalho e fortalece as ações de promoção da saúde.

Quanto a busca pela integralidade, o ano de 2008 foi marcado pela criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), que podem ser considerados o maior avanço nesse sentido desde a criação do Programa Saúde da Família 15 anos antes. Os NASF foram concebidos como forma de apoiar a inserção da Estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e ampliar a abrangência e a resolubilidade das ações da ABS no Brasil. (GUSSO et al, 2012)

Composto por várias categorias profissionais, inclusive o profissional de Educação Física, o NASF amplia a abrangência e o escopo das ações da APS, bem como sua resolubilidade por intermédio da ampliação clínica, auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, inserindo, dentre suas possibilidades de atuação, ações de orientação e aconselhamento para prática de atividade física (AF) na ABS.

A atenção básica à saúde tem grande potencial para estimular o aumento da prevalência de pessoas fisicamente ativas na população, pois suas características permitem um contato contínuo e longitudinal ao longo do tempo com as famílias e comunidades, de forma contextualizada e acessível à população, podendo influenciar positivamente na mudança do comportamento e do estilo de vida das

pessoas, ajudando na implementação e potencialização das políticas citadas anteriormente. Adultos tem, em geral, pelo menos um contato anual com os serviços de ABS de referência, criando uma oportunidade ímpar para o aconselhamento de AF. É sabido que mesmo os aconselhamentos breves feitos pelo médico e/ou pelas equipes da ABS são efetivos em aumentar os níveis de AF individuais e comunitários. (GUSSO et al, 2012)

Sendo assim, com base nos relatos dos programas financiados pela SVS, nas experiências de profissionais de Educação Física inseridos no NASF e, principalmente, necessitando alterar a realidade dos baixos níveis de atividade física na população levantados pela pesquisa Vigitel (2007, 2008a, 2009, 2010, 2011a, 2012, 2013a), é publicada a Portaria n. 719, de 07/04/2011, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011c), que institui o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, visando a necessidade de integração e continuidade das ações de Vigilância em Saúde, Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças e Agravos Não-Transmissíveis com a Estratégia de Saúde da Família.

O Programa Academia da Saúde visa a contribuir para a promoção da saúde da população a partir da implantação de espaços públicos construídos com infraestrutura, equipamentos e profissionais qualificados para o desenvolvimento de práticas corporais; orientação de atividade física; promoção de ações de segurança alimentar e nutricional e de educação alimentar, bem como outras temáticas que envolvam a realidade local; além de práticas artísticas e culturais (teatro, música, pintura e artesanato). Seguindo os princípios norteadores do Sistema Único de Saúde (SUS). (BRASIL, 2011c)

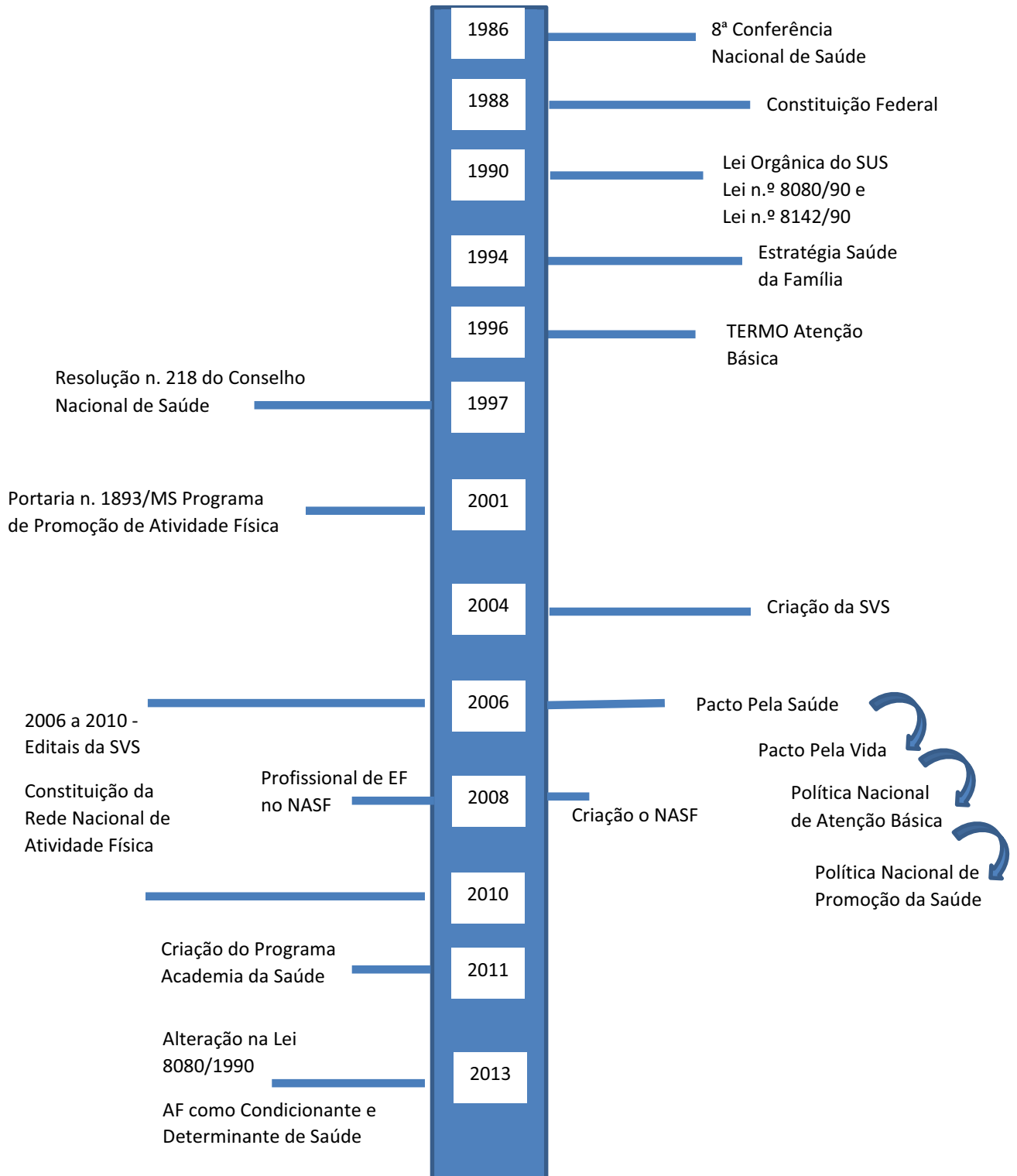
Pela primeira vez o SUS brasileiro passa a contar com um programa de promoção de atividade física, integrado a ABS, que deve ser articulado com outros pontos de atenção à saúde e estar vinculado a um NASF ou a uma Unidade Básica de Saúde (UBS).

As ações iniciadas com o Pacto pela Saúde, que promoveram profundas alterações na APS no Brasil, transformam o entendimento do conceito de Saúde no SUS, não apenas no aspecto legal, mas, principalmente, em seu plano de ação.

A inserção da atividade como uma ferramenta não medicamentosa na ABS, reconhecida por sua importância na prevenção e tratamento, em especial das DCNT, representa um avanço das políticas públicas de saúde (FIGURA 2).



**Quadro 1 - Linha do Tempo - Representação das ações do Ministério da Saúde pertinentes no contexto da inserção de programas de Atividade Física no Sistema Único de Saúde**



No âmbito deste contexto, no dia 25 de setembro de 2013, o presidente da República em exercício, Michel Temer, sancionou uma alteração na Lei 8080/1990 (que regula os serviços de saúde e estabelece princípios, diretrizes e objetivos do SUS), proposta foi aprovada pela Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania da Câmara dos Deputados, incluindo a atividade física como fator determinante da saúde.

Assim, o caput do artigo 3º da lei fica agora redigido desta forma:

Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais. (BRASIL, 2013b)

Esta alteração tem importante representação pois consolida as políticas de promoção de saúde que vinham sendo executadas pelo ministério da saúde, haja vista que a prática de atividades física já era recomendada como fator de prevenção e tratamento de doenças e estava incluída entre as prioridades do SUS antes mesmo dessa alteração oficial. Outro ponto de extrema importância é que com a mudança no texto se cria a possibilidade de financiamento para o setor.

#### **2.4. Gestão de Políticas Públicas em Saúde**

Os estudos de análise das Políticas Públicas no Brasil são recentes. Trevisan e Bellen (2008) destacam que essa temática em outros países é trabalhada há mais tempo, como por exemplo os EUA que iniciam em 1950 e a Alemanha em 1970.

Podemos encontrar na literatura diferentes colocações sobre a definição de política pública, e neste contexto Ferreira (et al, 2012) sugere que não existe uma única nem melhor definição sobre o que seja política pública, no entanto, as suas principais características podem ser assim sintetizadas:

- i) permite distinguir entre o que o governo pretende fazer e o que, de fato, faz; ii) envolve vários atores e níveis de decisão, embora seja materializada por meio dos governos e não necessariamente se restringe a participantes formais, já que os informais são também importantes; iii) é abrangente e não se limita a leis e regras; iv) é uma ação intencional, com objetivos

a serem alcançados; v) apresenta impactos no curto prazo e longo prazo; vi) envolve processos subsequentes após sua decisão e proposição, ou seja, implica também implementação, execução e avaliação. (FERREIRA et al, 2012)

As políticas públicas são essenciais para o desenvolvimento, não só econômico, mas numa perspectiva mais ampla, que contemplem as dimensões social, política e ambiental, bem como os desafios, contradições e dicotomias que se estabelecem nas relações entre Estado e sociedade.

Heidemann e Salm (2009) salientam que a transformação das políticas em ações e mudanças efetivas depende de teorias e modelos que auxiliem os agentes a pensá-las e operacionalizá-las, como os modelos referenciais apresentados por Dye (2009): Institucional; Processo; Grupo; Elite; Racional; Incremental; Teoria dos Jogos; Opção Pública; e Sistêmica.

A aproximação com a área de análise de políticas públicas comumente se dá por meio do modelo de processo, ou abordagem sequencial, também denominada ciclo de políticas públicas (FREY, 2000). Tal modelo promove a separação das políticas públicas em fases: formulação, implementação e avaliação.

Tinoco (2010) apresenta que no universo da análise sequencial das políticas públicas existem duas abordagens quanto à compreensão da ação do Estado no que se refere à análise de políticas públicas: a abordagem da ciência política ou políticas públicas e a abordagem do *management* ou gestão pública (Quadro 1).

A abordagem da ciência política integra conteúdos organizados, em geral, em combinações transversais de conceitos e categorias analíticas. A abordagem do *management* caracteriza-se pela pesquisa de instrumentos, métodos e técnicas para promover a eficiência e eficácia das organizações e de suas políticas e atividades, dessa forma, apresenta um caráter normativo e pragmático.

Apesar de algumas especificidades, é possível afirmar que as duas abordagens do modelo de análise sequencial apresentam mais semelhanças que diferenças, são mais complementares que antagônicas, visto que partiram da ação pública como um sistema composto de meios para concretizar as suas realizações, as quais deverão provocar impactos junto ao público-alvo, ou seja, os grupos sociais. (TINOCO, 2010)

**Quadro 2 – Análise Sequencial de Políticas Públicas segundo suas Fases e Abordagens (TINOCO, 2010)**

ABORDAGEM: <i>Ciência Política ou Políticas Públicas</i>	ABORDAGEM: <i>Management ou Gestão Pública</i>
	<b>INSERÇÃO DE UM PROBLEMA NA AGENDA</b> Elementos desencadeadores, inscrição aleatória (pressão dos acontecimentos fortuitos) ou programática (integra o programa de governo)
<b>IDENTIFICAÇÃO DE UM PROBLEMA</b> Percepção dos acontecimentos, definição de um problema, agregação de interesses, organização das demandas, representação e acesso às autoridades públicas – demanda de ação pública.	<b>IDENTIFICAÇÃO DE UM PROBLEMA</b> Identificação das causas, reconhecimento das ideologias como filtros para a identificação, o poder dos símbolos, a adequação dos discursos – a identificação facilita o diagnóstico.
	<b>O DIAGNÓSTICO</b> Anterior à busca de soluções, as boas questões contribuem para a busca de soluções adequadas; deve ser feito por uma entidade interna ou externa independente – integra a definição de política pública.
<b>FORMULAÇÃO DE UMA SOLUÇÃO OU DE UMA AÇÃO (desenvolvimento do programa)</b> Elaboração de respostas, estudo de soluções, adequação com os critérios – proposição de uma resposta.	<b>A DETERMINAÇÃO DE OBJETIVOS</b> Determinação dos resultados da intervenção das autoridades públicas. Via moderada (orienta a direção global) e vida dura (estabelece características como precisão, quantificação, clareza e prazos).
<b>TOMADA DE DECISÃO</b> Criação de uma coalizão, legitimação de uma política escolhida – política efetiva de ação.	
	<b>AVALIAÇÃO <i>a priori</i></b> Consideração dos meios a mobilizar, apreender os efeitos prováveis de uma política em todos os estágios de seu desenvolvimento.
<b>APLICAÇÃO DA AÇÃO</b> Colocação em prática, gestão e administração, produção de efeitos – impacto sobre o terreno.	<b>A IMPLEMENTAÇÃO (<i>mise en oeuvre</i>)</b> Mediatizada pelo direito (instrumentos difíceis de manejar); Mediatizada pelos atores – o jogo dos atores (sistema de pressão para responsáveis políticos).
<b>AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS</b> Reação da aplicação da ação, julgamento, sobre os efeitos, expressão – ação política ou ajustamento	<b>A AVALIAÇÃO</b> Atribui valor a um bem, organização ou ação. 1-Sobre os efeitos da política Métodos de coleta e tratamento de informação. Considera os efeitos não procurados, os efeitos de ligação entre as políticas; analisa o impacto sem o meio. 2-Sobre o impacto e a eficiência da política A compreensão sobre o processo de implantação, fatores explicativos – nível e natureza dos meios engajados, performance de organização executora, teoria da mudança social implícita à política
<b>TÉRMINO DA POLÍTICA OU DA AÇÃO</b>	

Assumimos assim que o modelo de Gestão Pública nos parece mais adequado no universo da representação das políticas públicas em saúde no Brasil.

O termo Gestão pode ser compreendido como sendo uma atividade complexa, envolvendo a combinação e a coordenação de recursos humanos, físicos e financeiros, por forma a que se produzam bens ou serviços que sejam simultaneamente procurados e que possam ser oferecidos a um preço que possa ser pago, tornando ao mesmo tempo agradável e aceitável o ambiente de trabalho de todos os envolvidos. (DRUCKER, 1994 apud DUSSAULT, 2013)

No âmbito das organizações públicas de serviços de saúde o tipo de gestão pública que parece mais adequado a essas organizações é mais o colegiado, do que o autoritário.

É uma gestão que reconhece o papel central dos profissionais e, ao mesmo tempo, tem mecanismos para evitar os efeitos não desejados da autonomia de prática profissional e do corporativismo. Essa gestão enfatiza a definição de mecanismos de tomada de decisão que envolvem os profissionais tanto ao nível da formulação dos objetivos e das orientações gerais quanto da avaliação dos resultados: essa gestão aceita que os profissionais trabalhem não por obedecer a ordens, mas por responsabilidade. No setor saúde a gestão tem que ser orientada para o ambiente e adaptar-se as mudanças demográficas e sociais, o que exige flexibilidade. (DUSSAULT, 2013)

No caso do Sistema Único de Saúde brasileiro podemos assumir, a partir dos Princípios do SUS, que sua gestão organizacional é essencialmente baseada em redes, transpondo os limites das políticas definidas implementadas a partir de estruturas organizacionais hierarquizadas e unitárias.

A análise de redes parte do princípio que o Estado mudou e não detém mais sozinho a capacidade de definir e implementar as políticas públicas. Há uma multiplicidade de atores envolvidos, o que conduziu as ciências sociais a analisar as organizações bem como a ação pública utilizando-se da expressão "ação coletiva" (TINOCO, 2008). Nesse sentido a análise em termos de redes contribui para a análise da ação pública e das interações entre os vários componentes do Estado e grupos de interesse.

Em um meio ambiente complexo, as redes são, o resultado da cooperação mais ou menos estável, não hierárquica, entre organizações que se conhecem, e se reconhecem, negociam, trocam recursos e podem dividir normas e interesses. Essas redes desempenham um papel determinante na formação da agenda, na decisão e na implantação da ação pública (BENSON apud TINOCO, 2008)

No caso do SUS em vez de a política ser responsabilidade de um ministério, esta decorre, cada vez mais, de acordos que se estabelecem entre múltiplos atores envolvidos nos processos de desenho, implementação, controle e avaliação das políticas, englobando órgãos estatais descentralizados, organizações da sociedade civil e mesmo instituições de mercado. (TEIXEIRA, 2007).

### **3 O PROGRAMA DE EXERCÍCIOS FÍSICOS EM UNIDADES DE SAÚDE INSERIDO NA ATENÇÃO BÁSICA DO MUNICÍPIO DE RIO CLARO - SP**

O programa de Exercícios Físicos em Unidades de Saúde é uma intervenção proposta e organizada pelo Núcleo de Atividade Física Esporte e Saúde (NAFES), coordenado pelo Prof. Dr. Eduardo Kokubun, do Departamento de Educação Física (DEF), Instituto de Biociências (IB) da Universidade Estadual Paulista (UNESP) “Júlio de Mesquita Filho” - Campus de Rio Claro, juntamente com a Profa. Dra. Eliete Luciano (do mesmo departamento), em parceria com a Fundação Municipal de Saúde (FMS) de Rio Claro, que atualmente atende cerca de 400 pessoas e está implantado em todas as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e todas as Unidades de Saúde da Família (USF) da cidade de Rio Claro, além de duas Unidades de Saúde Distritais (total de 16 Unidades).

A intervenção tem como objetivo aconselhar e promover atividades físicas orientadas por profissionais habilitados e registrados no conselho da profissão, em prol de uma mudança de comportamento a fim de contribuir para aderência a um estilo de vida fisicamente ativo, atendendo prioritariamente portadores de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), não havendo restrição quanto a idade para participar do programa, basta que seja encaminhado pelo médico ou pela equipe da Unidade de Saúde após passar pelo médico.

As sessões acontecem duas vezes por semana, tendo cada uma duração de uma hora, onde os participantes realizam trabalhos de agilidade, flexibilidade, coordenação motora, força e caminhadas. Ao final de toda sessão são passadas informações sobre saúde, qualidade de vida, estilo de vida ativo e alimentação saudável. A intervenção é avaliada com testes funcionais (2 vezes ao ano), dobras cutâneas (1 vez ao ano) e análise sanguínea – Glicose, HDL, LDL e Trigliceris (1 vez ao ano).

#### **3.1 Gestão do Programa**

Desde sua formatação o programa apresenta um modelo de Gestão em Rede, uma vez que todo o processo de criação, desenvolvimento, implementação e ampliação do programa foi realizado pela parceria entre a universidade e o município.

Através do NAFES – UNESP é mantida uma Unidade de Saúde como foco do projeto de extensão universitária, no caso é mantida para tal a Unidade Básica de Saúde “Vila Cristina” desde os primórdios do programa.

É nesta unidade que ocorrem intervenções orientadas por profissionais de Educação Física, acompanhados de supervisão de alunos de pós-graduação e acompanhamento de alunos de graduação. As demais unidades de saúde são atendidas por profissionais de educação física, contratados pela Fundação Municipal de Saúde do Município de Rio Claro.

Todos os envolvidos com o programa, profissionais, supervisores e alunos, se reúnem semanalmente, durante uma hora, para troca de experiências e palestras de aperfeiçoamento.

As avaliações antropométricas e de aptidão física são realizadas em forma de um conceito de “arrastão”, onde todos os envolvidos com o programa se deslocam para unidade a ser avaliada na data agendada.

A avaliação bioquímica é realizada com a presença do profissional responsável pela unidade de saúde, em data agendada com a coordenação da referida unidade para que um profissional de enfermagem possa realizar a coleta sanguínea para posterior análise no laboratório de análise bioquímica da Universidade.

A gestão dos recursos financeiros também é feita em conjunto com a Fundação Municipal de Saúde, uma vez que o NAFES – UNESP tem autonomia para decidir as prioridades de investimento e também tem liberdade para elaboração de propostas de captação de recursos públicos federais e estaduais. Cabe a fundação de saúde submeter os projetos e também realizar as prestações de conta dos recursos obtidos.

### **3.2 – Marco Teórico da Intervenção**

O programa foi elaborado com base em estudos que evidenciam que dentre os fatores que concorrem para o sucesso de uma intervenção para adoção de um estilo de vida fisicamente ativo o mais importante é o que se baseia em estratégias para mudança de comportamento (PROCHASKA & DICLE MENTE, 1983, apud KOKUBUN et al, 2007), compreendendo assim que a forma de intervenção para



redução da inatividade física deve focar dois aspectos distintos, porém relacionados: a adoção e a manutenção de um comportamento fisicamente ativo, onde a adoção implica no iniciar do comportamento enquanto a manutenção decorre do gerenciamento adequado de fatores que influenciam a contínua realização do comportamento.

Em geral, essas estratégias consistem em remover as barreiras para sua prática, que englobam as ações tanto públicas quanto privadas de incentivo a promoção de atividade física. Estas envolvem aumento de locais para prática, melhorias no acesso a estes locais, fornecimento de informações, conscientização da comunidade, treinamento de recursos humanos para aconselhamento, planejamento e aplicação de programas de atividade física (KAHN et al, 2002).

Dessa forma foi utilizado no programa a abordagem conceitual apresentada por Kahn et al (2002), compreendendo que as alterações no comportamento da atividade física são efetivas quando baseadas em informações (ex: estimular a subir escadas em vez de utilizar elevadores), intervenções sociais e comportamentais (ex: educação física escolar, apoio social em comunidades) e intervenções ambientais e políticas (ex: criar e facilitar os acessos aos locais da atividade física) (Figura 1).

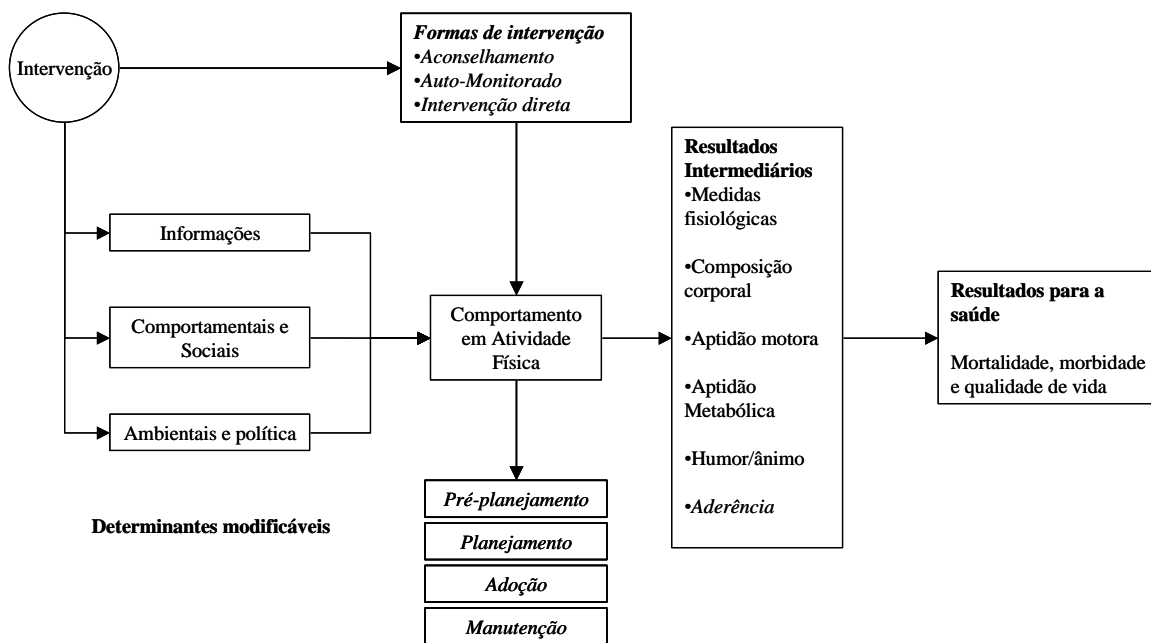
A abordagem conceitual utilizada por Kahn et al (2002) foi discretamente modificada para permitir o controle do tempo de permanência dos usuários do programa. Desta forma, achou-se por bem adicionar nos resultados intermediários a medida de aderência (Figura 1).

Com base em estudos que evidenciam que dentre os fatores que concorrem para o sucesso de uma intervenção para adoção de um estilo de vida fisicamente ativo o mais importante é o que se baseia em estratégias para mudança de comportamento (BULER, 2004; DISHMAN, 1996; NIGG, 2005), o programa utilizou do Modelo Transteorético (MTT) para a mudança de comportamento.

O MTT é aplicado em uma grande amplitude de comportamentos de saúde, incluindo a atividade física. Baseia-se em uma abordagem integrativa que procura compreender como as pessoas adotam e mantêm uma mudança de comportamento para a saúde (SHERWOOD et al, 2000). Embora existam outras teorias que abordem mudanças no comportamento humano para a atividade física (SEEFELDT, et al., 2002), o MTT, inicialmente descrito por Prochaska et al (1982) como proposta ao

abandono ao fumo, parte do pressuposto de que a mudança de comportamento é um processo multifatorial e procura compreender os motivos que levam a essas mudanças.

**Figura 2.** Modelo teórico utilizado no programa de atividades físicas nas Unidades Básicas de Saúde de Rio Claro



Fonte: adaptado de Khan (et a., 2002)

Em tese, MTT assume que a mudança de comportamento é um processo multifatorial e por isto procura compreender os motivos que levam a essas mudanças. Ao contrário de outros modelos, o MTT oferece sugestões explícitas de como ajudar as pessoas a mudarem seus comportamentos (BULWLER, 2004 apud KOKUBUN et al, 2007).

Adicionalmente, para que uma mudança de comportamento para a atividade física seja bem sucedida no MTT, as intervenções devem ser adaptadas ao estágio atual da pessoa, adotando-se procedimentos adequados de mudança. Após constantes adaptações, o MTT passou a classificar os indivíduos em cinco diferentes estágios de mudanças do comportamento para a atividade física a longo prazo (ADAMS et al, 2003).

- Pré-contemplativo: indivíduo não está realizando atividade física e não demonstra intenção de iniciar;
- Contemplativo: indivíduo não está realizando atividade física, mas pretende iniciar nos próximos seis meses;
- Preparação: indivíduo pretende (demonstra intenção para) começar a realizar atividade física regular nos próximos seis meses;
- Ação: indivíduo está praticando atividade física a pelo menos 6 meses;
- Manutenção: indivíduo está praticando atividade física a mais de 6 meses.

Uma vez adotado um comportamento para atividade física, as estratégias de intervenção devem favorecer sua manutenção de forma duradoura.

A teoria da auto eficácia é complementar ao MTT e reconhecida como um modelo teórico adequado para explicar a manutenção do comportamento (BANDURA, 1986). Ela se sustenta em dois componentes: expectativa de eficácia e expectativa de resultados. A primeira relaciona-se com o julgamento que uma pessoa faz de sua capacidade de efetivar um determinado nível de desempenho, enquanto que a expectativa de resultados está relacionada com as consequências que o comportamento produz (BANDURA, 1986). A teoria da auto eficácia mostrou-se promissora para explicar a manutenção de um estilo de vida fisicamente ativo (SALLIS et al, 1992).

Tendo em vista o que foi exposto, é possível assumir que a meta principal do Programa de Atividade Física em Unidades de Saúde é a de incorporar, de forma duradoura, a prática de atividade física regular como parte do comportamento da população, transferindo os conhecimentos gerados no ambiente acadêmico para a sociedade.

### **3.3. Os participantes**

O ingresso no programa é realizado a partir de encaminhamento médico ou da equipe da Unidade de Saúde após o participante passar pelo médico, não havendo restrição de gênero ou idade.

Inicialmente ocorre uma triagem inicial, com o objetivo de realizar um levantamento do maior número de informações a respeito do usuário. O indivíduo é submetido a um levantamento (anamnese) a respeito de seu histórico de saúde e também sobre seu nível de atividade física. De uma forma geral, são liberados para o ingresso imediato no programa aqueles usuários que não apresentam restrições médicas conhecidas para a realização de atividades físicas diárias cotidianas, tais como tarefas domésticas, caminhadas e outras similares consideradas atividades leves a moderadas.

Rotineiramente são realizadas aferições de pressão arterial no início das sessões. Caso o usuário se encontre com a pressão arterial (PA) igual ou superior a 160x90 mm/Hg, outra medida é realizada após período de 10 minutos em repouso. Confirmando o resultado, o usuário é aconselhado a procurar imediatamente a Unidade de Saúde. Da mesma forma, recomenda-se não participar da sessão e procurar atendimento, aqueles usuários que apresentam sintomas como hipoglicemia, tontura, falta de ar, etc.

### **3.4. Ciclo do Programa**

As sessões são realizadas duas vezes por semana, de acordo com os princípios de periodização do treinamento físico, e são divididas em exercícios cardiorrespiratórios (caminhadas e atividades lúdicas) e exercícios neuromotores (força, agilidade, equilíbrio, flexibilidade e coordenação).

Cada sessão deve durar por volta de 60 minutos, sendo dividida em fase inicial, principal e final. Na fase inicial são realizadas atividades de aquecimento e alongamentos leves. A fase principal é destinada para realização das atividades cardiorrespiratórias e neuromotoras e, por sua vez, na fase final, são desenvolvidas atividades de volta à calma. As fases inicial e final devem juntas compreender aproximadamente 25% da sessão.

As atividades físicas são organizadas em ciclos de 4 semanas, onde o volume das cargas neuromotoras decresce gradativamente do início para o final do mês (25 até 15 minutos por sessão) enquanto o volume dos exercícios cardiorrespiratórios segue o sentido inverso (20 até 30 minutos por sessão).

No mês seguinte os exercícios começam na carga que terminou e seguem o caminho oposto ao mês anterior, completando assim uma sequência contínua de aumento e diminuição do volume das cargas. Esta distribuição de cargas visa dividir os exercícios neuromotores e cardiorrespiratórios de forma proporcional, sem priorizar apenas um deles.

As sessões constituem de: a) aquecimento com exercícios leves e alongamento, b) parte principal contendo exercícios localizados, exercícios de aprimoramento de habilidades motoras utilizando-se de movimentos ginásticos e esportivos, de coordenação, equilíbrio e agilidade e caminhada c) volta à calma, paralelamente a instruções sobre hábitos de um estilo de vida saudável envolvendo temas como alimentação, prática correta de exercícios.

Os materiais utilizados nas sessões são: halteres ou garrafas com água, tornozeleiras, colchonetes, cones, tubo cirúrgico, bolas e cordas, monitores de frequência cardíaca, pedômetros e esfigmomanômetro.

No início das sessões são realizadas aferições de pressão arterial e ao final das sessões são realizadas inserções de orientação para saúde, como dicas de alimentação.

Em relação às recomendações sobre a atividade física, o programa se orienta no consenso CDC/ACSM o qual propõe que um gasto energético aproximado de 150 kcal por dia (1000 kcal por semana) em atividades moderadas ou vigorosas para benefícios a saúde. O tempo necessário para atingir o gasto energético recomendado depende da intensidade da atividade selecionada; quanto mais intensa for a atividade menor o tempo.

As atividades são orientadas com a finalidade de não superar a intensidade moderada. Em momentos oportunos, os participantes recebem informações sobre como reconhecer a intensidade de esforço, bem como seus riscos e benefícios.

Dessa forma, destaca-se que não é necessário realizar atividades físicas intensas com objetivo de aumentar o desempenho físico; que atividades de baixa a moderada intensidade, quando realizadas com regularidade, são eficientes, asseguram resultados permanentes e com menor risco para a saúde.

As atividades físicas orientadas nas Unidades de Saúde (US) também procuram contemplar intensidades que não superem 3 a 6 METs (3,5 a 7 kcal/min). O controle da intensidade e do volume de exercícios são realizados utilizando-se de monitoramento da frequência cardíaca (até 70 % da frequência cardíaca de reserva), escala de esforço percebido de Borg (até 15 pontos na escala de 7 a 20) e pedometria (2000 a 4000 passos por sessão).

### **3.5. Avaliação dos participantes**

É recomendado um acompanhamento sistemático e periódico para controle das alterações resultantes da intervenção. Para tanto, um protocolo de avaliação foi elaborado sugerindo-se: avaliações da bioquímica sanguínea, medidas antropométricas, aplicação de testes motores/funcionais e medidas subjetivas da percepção da qualidade de vida relacionada à saúde.

A melhor distribuição destas rotinas de avaliação seria logo no início das atividades, no meio do ano e antes do final das atividades. Quando não é possível realizar três avaliações anuais, duas seriam um número adequado para poder realizar qualquer ajuste no programa para o ano subsequente.

Ressaltamos que o período em que os participantes não são acompanhados diretamente pelos profissionais (intervalo em julho e em dezembro), os mesmos são orientados a manterem suas atividades físicas regulares.

#### **3.5.1 Medidas antropométricas**

Algumas medidas antropométricas de utilidade para o acompanhamento dos resultados no programa são a massa corporal, estatura, circunferência de cintura e quadril. Essas medidas são rápidas, seguras e fornecem resultados que podem estabelecer associação com fatores de risco para a saúde. Outra fonte de informação são as avaliações de dobras cutâneas.

Os procedimentos para as medidas massa corporal e estatura são baseadas nas orientações de Gordon et al (1991) enquanto para as medidas de espessura das dobras cutâneas em Harrison et al (1991).

- Massa corporal - Para o procedimento de medida, o avaliado, com o mínimo de roupas e descalço, deve subir na plataforma, cuidadosamente, de costas para a escala de medida da balança, quando a mesma for mecânica, colocando um pé de cada vez, no centro da mesma. Nesta posição, permanecer imóvel com o olhar fixo para frente, pés unidos no centro do aparelho, até que seja feita a leitura.
- Estatura - O avaliado posiciona-se de costas para a escala do estadiômetro ou de uma parede sem rodapé devidamente marcada, descalço, com os braços ao longo do corpo, pés unidos, procurando manter as regiões posteriores em contato com o aparelho/parede. A medida é verificada com o avaliado em apneia inspiratória e a cabeça orientada no plano de Frankfurt. É imprescindível o uso de um esquadro de madeira para verificar a leitura adequada da medida.

A partir da massa e estatura, será calculado o Índice de Massa Corporal (IMC). O IMC é obtido dividindo a massa corporal pela estatura em metros ao quadrado ( $\text{IMC (kg/m}^2\text{)} = \text{massa corporal/estatura m}^2\text{}$ ). O resultado deve ser analisado a partir de uma tabela de classificação

- Perímetro de cintura - É determinada no ponto coincidente com a distância média entre a última costela e crista-ílica. É registrado o maior valor.
- Perímetro do quadril - É obtida no nível de maior circunferência posterior dos glúteos - é considerado o maior valor.

A relação de cintura e quadril (RCQ) é usada como uma medida de obesidade, que por sua vez, é um possível indicador de outros riscos mais sérios a saúde. A RCQ é obtida dividindo o número que se obteve na cintura pelo número que se obteve no quadril. O resultado deve ser analisado a partir de uma tabela de classificação.

- Espessura das dobras cutâneas:
  - ✓ Tricipital (TC): Determinada no sentido longitudinal do braço, na face posterior, no ponto médio entre a borda súperolateral do acrômio e o olecrano.
  - ✓ Subescapular (SB): Obtida obliquamente ao eixo longitudinal, seguindo as orientações dos arcos costais, localizada dois cm abaixo do ângulo inferior da escápula.

- ✓ Supra ilíaca (SI): O avaliado afasta o braço para trás. Medida no sentido oblíquo, a dois cm acima da crista ilíaca na altura da linha axilar anterior.
- ✓ Abdominal (AB): Determinada paralelamente ao eixo longitudinal do corpo, a dois cm à direita da borda lateral da cicatriz umbilical.
- ✓ Coxa média (CX): Obtida paralelamente ao eixo longitudinal da perna sobre o músculo reto femoral na distância média entre esses dois pontos.
- ✓ Perna média (PM): Avaliado sentado, joelho em flexão de 90°. Determinada no sentido paralelo ao eixo longitudinal, na maior circunferência interna da perna. Destaca-se a medida com o polegar apoiado no bordo medial da tíbia.

Para o cálculo da gordura corporal relativa é empregada a equação de Brozek et al (1963) ( $\%G = (457/\text{Densidade corporal}) \times 414,2$ ) a partir do emprego do modelo de regressão de três dobras cutâneas para estimativa da densidade corporal (DC) proposto por Jackson; Pollock; Ward (1980) para o sexo feminino e Jackson; Pollock (1978) para sexo masculino. As equações são as seguintes:

- Mulheres:  $DC = 1,0994921 - 0,0009929 (TR+SI+CX) + 0,0000023 (TR+SI+CX)^2 - 0,0001392 (\text{idade})$  (JACKSON et al, 1980)
- Homens:  $DC = 1,1093800 - 0,0008267 (PT+AB+CX) + 0,0000016 (PT+AB+CX)^2 - 0,0002574 (\text{idade})$  (JACKSON et al, 1978)

Além da possibilidade da estimativa da gordura relativa, a relação entre a somatória das dobras cutâneas de tronco e membros ( $SB+SI+AB/TR+CX+PM$ ) são utilizadas para acompanhamento da distribuição de tecido adiposo. Para usuários acima de 60 anos, são verificadas as medidas nas regiões TR e SB, por serem medidas menos sujeitas a erros de reprodutibilidade, para acompanhamento da distribuição de gordura subcutânea nesta faixa etária (SB/TR).

### 3.5.2. Avaliação da Aptidão Física

Para avaliar o nível de aptidão física o programa utiliza a bateria de teste da American Alliance for Health, Physical Education, Recreation and Dance (AAPHERD) (OSNESS, 1990).

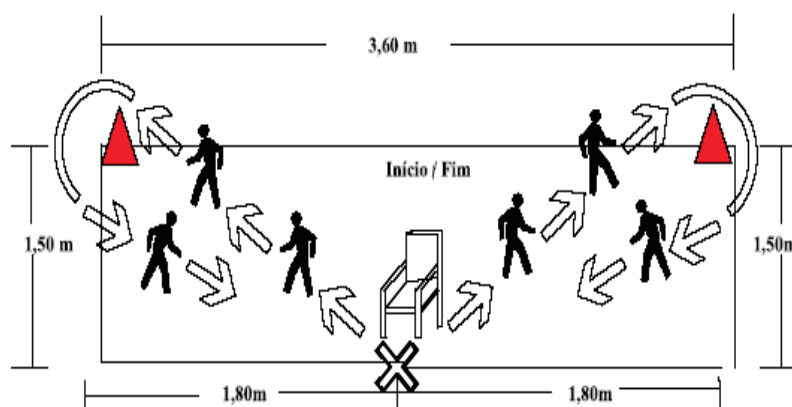
1) Teste de agilidade e equilíbrio dinâmico:



O participante inicia o teste sentado em uma cadeira com os calcanhares apoiados no solo. Ao sinal de “pronto/já” deve mover-se para a direita e circundar um cone posicionado a 150 cm para trás e 180 cm para o lado da cadeira, retornar para a cadeira e sentar. Imediatamente o participante deve levantar-se, e mover-se para a esquerda e circundar o segundo cone, retornando para a cadeira e sentando-se novamente. Ao final dessa movimentação o indivíduo completou um circuito. O avaliado deve concluir dois circuitos completos, o mais rápido que conseguir realizar.

É importante certificar-se de que realmente o avaliado sentou após retornar da volta ao redor do cone. Para isso é instruído que seja feita uma leve elevação dos pés retirando-os do solo. O tempo de execução é anotado. São realizados duas tentativas e o melhor tempo, nesse caso o menor, deve ser registrado em segundos como o resultado final (Figura 3).

**Figura 3-** Ilustração gráfica do teste de agilidade e equilíbrio dinâmico



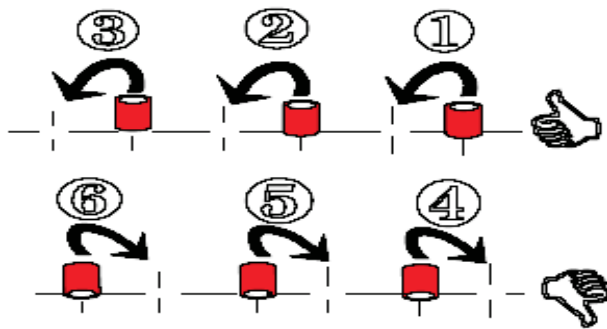
Fonte: adaptado de Osness, 1990

## 2) Teste de coordenação:

Será fixado um pedaço de fita adesiva com 76,2 cm de comprimento sobre uma mesa. Sobre a fita, será feita seis marcas com 12,7 cm equidistantes entre si, com a primeira e última marca a 6,35 cm de distância das extremidades da fita. Sobre cada uma das seis marcas será afixado, perpendicularmente à fita, um outro pedaço de fita adesiva com 7,6 cm de comprimento (Figura 4).

O participante senta-se de frente para a mesa e usa sua mão dominante para realizar o teste. Considerando a mão dominante à direita, uma lata de refrigerante é colocada na posição 1, a lata dois na posição 3 e, a lata três na posição 5. A mão direita é colocada na lata 1, com o polegar para cima, estando o cotovelo flexionado num ângulo de 100 a 120 graus. O participante deverá deslocar a lata 1 para a marcação 2, a lata 3 para a posição 4 e a lata 5 para a posição 6. Após isso deve voltar a latas na mesma ordem descrita acima até que voltem a posição inicial. Isso caracteriza o final de um ciclo. São realizados duas tentativas e o melhor tempo, nesse caso o menor, deve ser registrado em segundos como o resultado final (Figura 4).

**Figura 4-** Ilustração gráfica do teste de coordenação



Fonte: adaptada de Osness, 1990

### 3) Teste de flexibilidade:

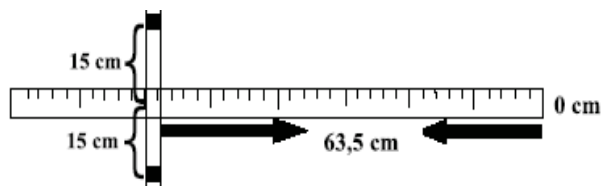
Uma fita adesiva de 50,8 cm será afixada no solo e uma fita métrica de metal também será afixada no solo perpendicularmente, com a marca de 63,5 cm diretamente colocada sobre a fita adesiva. Serão feitas duas marcas equidistantes 15,2 cm do centro da fita métrica (Figura 5).

O participante descalço deve sentar no solo com as pernas estendidas, os pés afastados 30,4 cm entre si, os artelhos apontando para cima e os calcanhares centrados nas marcas feitas na fita adesiva.

O zero da fita métrica aponta para o participante. Com as mãos, uma sobre a outra, o participante vagarosamente deve deslizar as mãos sobre a fita métrica tão distante quanto puder, permanecendo na posição final no mínimo por 2 segundos.

O avaliador apoia levemente o joelho do participante para não permitir que o mesmo flexione. Serão oferecidas duas tentativas de prática, seguidas de duas tentativas de teste. O resultado final será dado pela melhor das duas tentativas anotadas.

**Figura 5-** Ilustração gráfica do teste de flexibilidade



Fonte: adaptada de Osness, 1990

#### 4) Teste de força e endurance de membros superiores:

Será utilizado um halter pesando 1,8 kg para mulheres e 3,6 kg para homens. A avaliado deve estar sentado em uma cadeira sem apoio, costas apoiadas, tronco ereto, olhar para frente e a planta dos pés completamente apoiadas no solo.

O braço dominante deverá permanecer relaxado e estendido ao longo do corpo enquanto a mão não dominante deverá ser apoiada sobre a coxa. O primeiro avaliador se posicionará ao lado do avaliado, colocando uma mão sobre o bíceps do mesmo e a outra para sustentar o halter que foi colocado na mão dominante do participante.

O halter deverá estar paralelamente ao solo com uma de suas extremidades voltadas para frente. Quando o segundo avaliador, responsável pelo cronômetro, sinalizar com um “vai”, o participante deverá contrair o bíceps, realizar uma flexão do cotovelo até que o antebraço toque a mão do primeiro avaliador.

Quando esta prática de tentativa for completada, o halter é colocado no chão e até 1 minuto de recuperação é permitido ao avaliado. Após este tempo, o teste é iniciado, repetindo-se o mesmo procedimento, mas desta vez o avaliado realizará o maior número de repetições no tempo de 30 segundos.

#### 5) Teste de resistência aeróbia geral e habilidade de andar:

O participante deverá caminhar (sem correr) 804,67 metros o mais rápido possível em uma pista de atletismo de 400m ou outro local adequado e devidamente marcado. Para realização do teste, de acordo com o número de avaliações, são necessários no mínimo dois avaliadores.

Este teste pode ser realizado por vários avaliados ao mesmo tempo. Isto depende do espaço disponível para a aplicação do teste. Cada avaliado recebe um número, fixado na roupa ou simplesmente designado, que a cada passagem no ponto de partida fala seu número enquanto um avaliador registra a volta. O outro avaliador deve conferir a passagem e auxiliar o anotador para que não perca a contagem.

Uma outra alternativa é entregar ao participante o número de pedras necessárias para completar as voltas. A cada passagem pelo ponto de partida, o avaliado solta uma pedra. O tempo gasto para realizar tal tarefa é anotado em minutos e segundos e transformado em segundos para análise.

#### 3.5.3. Avaliação Bioquímica

A bioquímica sanguínea é avaliada para a verificação das triglicérides (TG), lipoproteínas de alta intensidade (HDL), lipoproteínas de baixa intensidade (LDL), colesterol total e glicemia. A coleta e análise ocorrem da seguinte maneira:

- A coleta é feita pelos servidores de enfermagem da Unidade de Saúde e a análise é feita no laboratório da UNESP – Rio Claro;
- O sangue é coletado após jejum de 12 horas;
- As dosagens dos lipídeos plasmáticos e da glicemia são realizadas mediante coleta de 10 ml de sangue venoso por um enfermeiro da própria Unidade de Saúde que o participante frequenta;
- As amostras são acomodadas em caixas de isopor com gelo, vedadas e enviadas imediatamente ao laboratório de Biodinâmica da UNESP-Rio Claro;
- Determina-se o colesterol total, TG, HDL, LDL e a glicose através de kit de reagentes para dosagem dessas variáveis.

A classificação dos valores de referência para o TG (30-170 mg/dL), HDL (homens: 30-70 mg/dL, mulheres: 30-85mg/dL), LDL (até 191 mg/dL) e colesterol total (até 240 mg/dL) foi de acordo com os critérios das III Diretrizes Brasileiras sobre dislipidemias e os valores de glicemia (70-99mg/dL) de acordo com o Consenso Brasileiro sobre diabetes. (SANTOS et al, 2001)

## **4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS**

Considerando o objetivo proposto, optou-se em realizar uma pesquisa bibliográfica sobre o processo de inserção das atividades físicas dentro do SUS brasileiro e, a partir de um estudo de caso, tendo como objeto o programa de Exercício Físico em Unidades de Saúde, proposto pelo Núcleo de Atividade Física Esporte e Saúde (NAFES), do departamento de Educação Física da UNESP - Rio Claro, resgatar o processo de criação, implantação e de gestão do programa na Atenção Básica à Saúde do Município de Rio Claro, fazendo uso de entrevista semiestruturada.

O projeto da pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética, através da Plataforma Brasil e tem seu Certificado de apresentação para Apreciação Ética número 31211914.2.0000.5380.

### **4.1 Tipo de Pesquisa**

Entende-se que o presente estudo se apresenta como uma pesquisa qualitativa, que corroborando com seus objetivos tem caráter de pesquisa descritiva realizada por meio de procedimentos técnicos, e seu modelo conceitual e operatório nos moldes de um estudo de caso.

No que diz respeito à pesquisa qualitativa Richardson (1989) explica que essa tem como objeto situações complexas de determinado problema, e que esse modelo de pesquisa, entre outros pontos, é utilizado em situações em que observações qualitativas são usadas como indicadores do funcionamento de estruturas sociais.

A escolha pelo estudo de caso está relacionada com seu diferenciador, que é sua capacidade de lidar com uma ampla variedade de evidências – documentos, artefatos, entrevistas e observações, além de critérios como facilidade de acesso aos dados, relevância do caso estudado, tempo disponível e profundidade desejada para a pesquisa e confiabilidade do método versus objetivos da pesquisa.

De acordo com Yin (2005), o estudo de caso trata-se de uma abordagem metodológica de investigação especialmente adequada quando procuramos compreender, explorar ou descrever acontecimentos e contextos complexos, nos quais estão simultaneamente envolvidos diversos fatores, impossibilitando que o pesquisador tenha controle sobre os eventos da vida real vinculados em seu contexto

mais amplo. O contexto é tão importante quanto o fenômeno estudado, suas interpelações são observadas e analisadas.

Para Yin (2005) um estudo de caso apresenta muito mais variáveis de interesse do que pontos de dados, apresenta-se como a estratégia mais utilizada quando se pretende conhecer o “como?” e o “porquê?” (Yin, 2005). Este método visa pesquisar eventos da vida real que não possam ser desvinculados de seu contexto mais amplo.

Alves-Mazzotti (2006) apontam que os exemplos mais comuns para esse tipo de estudo são, os que focalizam apenas uma unidade: um indivíduo (como os casos clínicos descritos por Freud), um pequeno grupo (como o estudo de Paul Willis sobre um grupo de rapazes da classe trabalhadora inglesa), uma instituição (como uma escola, um hospital), um programa (como o Bolsa Família), ou um evento (a eleição do diretor de uma escola).

Para esta pesquisa o objeto do Estudo de Caso é o programa de Exercícios Físicos em Unidades de Saúde, uma intervenção proposta e organizada pelo Núcleo de Atividade Física Esporte e Saúde (NAFES), coordenado pelo Prof. Dr. Eduardo Kokubun, do Departamento de Educação Física (DEF), Instituto de Biociências (IB) da Universidade Estadual Paulista (UNESP) “Júlio de Mesquita Filho” - Campus de Rio Claro, juntamente com a Profa. Dra. Eliete Luciano (do mesmo departamento), em parceria com a Fundação Municipal de Saúde (FMS) de Rio Claro.

## **4.2 Descrição das etapas da pesquisa**

O delineamento do estudo de caso como metodologia de investigação não aceita um roteiro rígido para a sua delimitação, entretanto, segundo Gil (1995 apud VENTURA, 2007) apresenta a possibilidade da definição de quatro fases relacionadas:

- Delimitação da unidade-caso;
- Coleta de dados;
- Seleção, análise e interpretação dos dados;
- Elaboração do relatório.

Desta forma, o presente trabalho, a partir da definição de sua unidade – caso passou a ter foco na coleta dos dados que possibilitem a compreensão do objeto de estudo como um todo.

A seleção dos dados considerou os objetivos da investigação, seus limites e um sistema de referências para avaliar quais dados serão úteis ou não. Foi utilizada como palavra chave para pesquisa de artigos, dissertações e teses o termo “inserção de atividade física no SUS”.

Para a coleta de dados foram utilizadas fontes primárias e secundárias, onde as fontes primárias são aquelas que pertinentes ao produto de informação, como trabalhos originais de pesquisa, dados brutos sem interpretação ou pronunciamentos que representam uma opinião ou posição oficial.

Entre as fontes primárias estão memorandos, cartas, entrevistas ou discursos completos (em áudio, vídeo ou transcrição escrita), leis, regulamentações, decisões ou padrões judiciais e a maior parte dos dados governamentais, incluindo censo, dados econômicos e trabalhistas. Fontes secundárias são interpretações de dados primários, como Enciclopédias, livros, manuais, artigos, teses e dissertações. (COOPER et al, 2002).

Assim, foi realizada uma revisão da literatura a fim de delimitar o universo que envolve a política nacional de promoção de saúde, principalmente no que se refere a importância da promoção de programas para aumento dos níveis de atividade física da população, com foco para a inserção de programas de orientação e/ou aconselhamento no Sistema Único de Saúde (SUS).

Também é apresentado na revisão de literatura o Modelo Conceitual do Programa de Exercícios Físicos em Unidades de Saúde do Município de Rio Claro – SP. No caso do objeto deste estudo as fontes de informação primária e secundária incluem:

- Relatórios anuais e/ou semestrais entregues a Pró-reitoria de Extensão Universitária da Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" (PROEX - UNESP), além dos relatórios encaminhados ao Ministério da Saúde e a agências de fomento à pesquisa, como FAPESP, CAPES e CNPQ;



- Documentos relacionados com o ciclo de vida e gestão do programa, como os projetos submetidos e aprovados pela PROEX-UNESP, Ministério da Saúde e a agências de fomento à pesquisa, além dos documentos de construção organizacional do programa;
- Avaliações e investigação anteriores, como os artigos, resumos em congresso, trabalhos de conclusão de curso, dissertações e teses que tiveram o referido programa como objeto de estudo;

Concomitante ao levantamento bibliográfico foi realizada a elaboração do roteiro de entrevista bem como a coleta dos dados a partir deste.

Por fim, o presente estudo apresenta, analisa e discute aspectos da Gestão e do Processo de Inserção do Programa de Exercícios Físicos em Unidades de Saúde do Município de Rio Claro a partir de um resgate histórico da intervenção realizado por meio dos dados coletados pelas entrevistas.

### **4.3 População e amostra**

A fim de definir a população do trabalho foi utilizada a teoria de "redes e colônias" proposta por Meihy (1996), por entender que esta investigação passa pela necessidade de identificar um grupo que se une por uma trajetória comum, e representa uma busca pela experiência dos envolvidos.

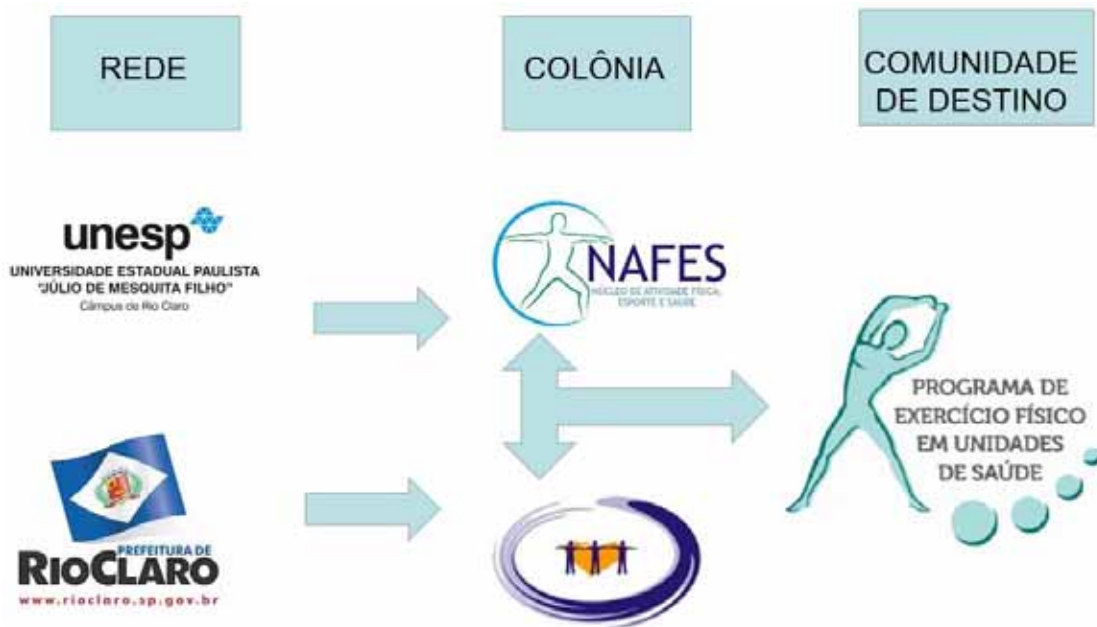
Na teoria de Meihy (1996) a "colônia" pode ser compreendida como um grupo amplo que tenha uma comunidade de destino que é aquilo que identifica as pessoas, os motivos, as trajetórias que as reúnem em características afins, é a comunidade que todos os sujeitos compartilham, e as "redes" como uma subdivisão da colônia. A definição da "rede" precede de uma análise das possibilidades de obtenção das informações, ou seja, encontrar qual o melhor grupo e em que local estão as melhores pessoas para que se possa colher um maior e melhor número de informações, visa estabelecer parâmetros para decidir sobre quem deve ser entrevistado ou não.

Como o ponto central da pesquisa é o processo de inserção de um programa de exercícios físicos em unidades de saúde no Município de Rio Claro - SP, os envolvidos com o momento de implantação do programa no sistema de saúde, no ano

2001, configuram a Comunidade de Destino, onde a "colônia" será formada pelos elementos que fazem parte deste contexto.

Dessa forma, as redes serão representadas e organizadas por instituição envolvida, sendo a primeira "rede" constituída pela Fundação Municipal de Saúde de Rio Claro (servidores e gestores) e a segunda "rede" formada pelos membros do Núcleo de Atividade Física Esporte e Saúde (NAFES) do Departamento de Educação Física, Instituto de Biociências do Campus de Rio Claro da Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" (professores, técnicos e alunos).

**Figura 6 – Representação de “Rede, Colônia e Comunidade de Destino”**



Fonte:

baseado na teoria de Meihy, 1996.

A seleção dos entrevistados ocorreu a partir de amostragem não casual ou não probabilística, caracterizadas por ser o pesquisador quem define quais as unidades que são convenientes para a pesquisa.

A amostra não probabilística é obtida a partir de algum tipo de critério, e nem todos os elementos da população tem a mesma chance de ser selecionados, o que torna os resultados não generalizáveis. Guardando suas limitações, esse tipo de amostra pode ser conveniente quando, entre outros fatores, os respondentes fazem parte de grupos específicos. (Bickman & Rog, 1997 apud FREITAS et al, 2000)

Com base nos critérios de identificação dos tipos de amostragem não probabilística proposto por Bickman & Rog (1997 apud FREITAS et al, 2000), pode-se afirmar que a população deste trabalho se apresenta como sendo escolhida por julgamento, onde o pesquisador usa o seu julgamento para selecionar os membros da população que são boas fontes de informação precisa e mais similares por estarem envolvidos em uma situação em comum, divididos por quotas, de maneira proporcional dentro dos critérios de identificação das "redes" descritas acima.

Quanto ao tamanho da amostra, tendo base os critérios de inclusão e de amostragem, entende-se que se faz necessário entrevistar os envolvidos ("Colônia") no processo de formulação e implantação do Programa de Exercícios Físicos em Unidades de Saúde no Município de Rio Claro – SP ("Comunidade de Destino"), assim representados em sua "rede", tendo o ano de 2001 como referência:

Primeira "rede": "Colônia"- Fundação Municipal de Saúde de Rio Claro (FMS)

- ✓ Secretário Municipal de Saúde
- ✓ Médico do Programa Saúde da Família
- ✓ Coordenadora da Unidade de Saúde "Vila Cristina"

Segunda "rede": "Colônia" -Núcleo de Atividade Física Esporte e Saúde (NAFES)

- ✓ Professores/Coordenadores do programa
- ✓ Profissional envolvido com o programa
- ✓ Técnico de Laboratório responsável pelas análises bioquímicas

Tendo claro o objetivo do trabalho, compreendeu-se que os participantes do programa não seriam entrevistados, considerando que estes não representam fonte de informação relevante no contexto do processo de elaboração e implantação do programa na atenção básica do município.

#### **4.4 Entrevistas**

Selltiz et al (1974), sugerem que frequentemente a teoria é excessivamente geral ou excessivamente específica para que possa dar clara orientação para a pesquisa empírica. Richardson (1989) afirma que em todas as ações que envolvem

indivíduos, é importante que as pessoas compreendam o que ocorre com os outros. O mesmo autor, ainda, salienta que a melhor situação para participar na mente de outro ser humano é a interação face a face, pois tem o caráter, inquestionável, de proximidade entre as pessoas, que proporciona as melhores possibilidades de penetrar na mente, vida e definição dos indivíduos.

A entrevista é uma técnica importante que permite o desenvolvimento de uma estreita relação entre as pessoas. É um modo de comunicação no qual determinada informação é transmitida de uma pessoa A para uma pessoa B (RICHARDSON, 1989).

Pode-se definir que quanto ao tipo das entrevistas elas foram as “semiestruturadas” buscando obter informações sobre o entrevistado, sobre os fatos que ele conhece de seu comportamento (conhecer a opinião do entrevistado, explorando suas atividades e motivações). Essa se caracteriza por seguir um roteiro de entrevista, elaborado previamente de acordo com os objetivos do estudo.

Quanto à técnica seguimos o modelo de entrevista dirigida, onde as perguntas são precisas, pré-formuladas e seguem uma ordem preestabelecida. Segundo Richardson (1989), nesse modelo o entrevistador dirige o processo evitando o “desvio” do entrevistado.

A intenção principal na escolha dessa técnica de entrevista foi a de permitir ao entrevistado uma maior liberdade em suas respostas sem permitir que o mesmo desvie do roteiro pretendido.

O roteiro da entrevista foi organizado com perguntas abertas compreendendo quatro blocos de questões de acordo com o objetivo da pesquisa, como o que se apresenta a seguir:

Bloco 1 - Pertinência do Programa - Investiga questões que tem por objetivo resgatar os fatores relacionados com a construção do modelo do Programa de Atividades Físicas em Unidades de Saúde

- a) O programa foi pensado com base na situação de saúde do país?
- b) Quem participou da construção do programa? (alunos, professores, gestores da saúde, profissionais da saúde)
- c) Quais eram objetivos do programa?

- d) Quais fatores que você pode apontar que reflete a pertinência do modelo do programa?
- e) Quais fatores você pode apontar que podem ter sido obstáculos para essa pertinência?

Bloco 2 - Foco do Programa - Investiga questões sobre o perfil da população atendida e dos espaços utilizados para inserção do Programa de Atividades Físicas em Unidades de Saúde, além de questões sobre critérios de inclusão, exclusão, permanência no programa e avaliação do mesmo.

- a) Qual era o foco do programa (geográfico, socioeconômico, grupos vulneráveis)?
- b) Quais foram critérios para inclusão dos participantes no programa?
- c) De que forma era acompanhada a permanência de um participante no Programa?
- d) Como ocorria o desligamento dos participantes no Programa?
- e) Existia alguma avaliação sobre a influência do programa na saúde dos participantes? Esta era realizada em que fase de vínculo com o programa?

Bloco 3 - Análise das Intervenções do Programa - Investiga questões sobre a relação do Programa de Atividades Físicas em Unidades de Saúde com o sistema de saúde do Município.

- a) Como funcionava a Intervenção? (Período, espaço, profissionais envolvidos)
- b) Os serviços de saúde conseguiam responder a intervenção pensada? Existiam recursos financeiros, materiais, físicos estruturais, humanos e de capacitação para “lidar” com o programa?
- c) Existia uma forma de acompanhar a continuidade da intervenção?
- d) Existiam estratégias pensadas para aumentar a adesão dos participantes ao programa?
- e) O tipo de intervenção pensada se apresentou como adequada para auxiliar na resolução do problema específico?

Bloco 4 - Análise da Gestão do Programa - Investiga questões sobre as práticas utilizadas para administrar o Programa de Atividades Físicas em Unidades de Saúde com o sistema de saúde do Município.

- a) Quais órgãos e/ou instituições gerenciavam o programa?
- b) Com que frequência a gestão do Programa se reunia com os demais participantes do programa (comunidade, profissionais de saúde e outros)? Que assuntos eram abordados nestas reuniões?
- c) Os aspectos financeiros do Programa eram discutidos entre a gestão e os demais participantes? Foram apresentados relatórios financeiros e prestação de contas?
- d) Os recursos destinados ao programa foram aplicados adequadamente? Como era feito este controle? Quem era (am) o(s) responsável (is) por este controle? Como a ocorria a prestação de contas e com que periodicidade?
- e) A equipe envolvida na gestão e na operacionalização do programa era dedicada e motivada?

A partir do roteiro de entrevista elaborado foi realizado um pré-teste com duas pessoas, envolvidas com o universo do estudo proposto, visando a identificação e eliminação de possíveis problemas.

A realização do pré-teste resultou em alterações que proporcionaram o aprimoramento do instrumento no que tange a estruturação, ordem e vocabulário das questões, facilitando a aplicação do roteiro.

As entrevistas foram realizadas individualmente, de acordo com a disponibilidade do entrevistado e em local escolhido pelo mesmo, entre Novembro de 2013 e Março de 2014.

Para gravação foi utilizado um tablet IPAD 3 com o aplicativo Sound Record e por segurança também foi utilizado um gravador digital.

Ao final da gravação as entrevistas foram transcritas e gravadas para um documento do Word.

#### 4.5 Estrutura da análise dos dados

Dentre as possibilidades para análise das informações coletadas por meio das entrevistas optamos por trabalhar os dados com duas abordagens:

- Análise de Conteúdo

Conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção e recepção destas mensagens. Caracteriza-se, assim, como um método de tratamento da informação contida nas mensagens. (BARDIN, 1977)

- Discurso do Sujeito Coletivo

O método de análise do DSC caracteriza-se, por apresentar um esforço sistêmico para compreendermos o pensamento unificado de um determinado grupo de sujeitos. Esse pensamento se reflete nas suas falas (colhidas através de entrevistas); é organizado em descrições técnicas (instrumentos de análise de dados), para que depois possamos analisá-lo de modo coerente (qualitativo e quantitativamente) (LEFRÈVRE & LEFRÈVRE, 2003)

É possível observar, em grande parte dos estudos que envolvem análises qualitativas na área da saúde, o predomínio da análise de conteúdo na modalidade temática como recurso analítico.

Entretanto acreditamos ser útil e pertinente a utilização de outras técnicas, com vistas a ampliar a instrumentalização das investigações científicas de natureza qualitativa. Assim, nos propomos a também fazer uso da metodologia de Análise de Discurso do Sujeito Coletivo, modelo proposto por Ana Maria Lefèvre e Fernando Lefèvre (2003).

Compreendemos que para os objetivos desse trabalho a escolha da análise de conteúdo como técnica de análise das entrevistas contribui com a busca do sentido ou dos sentidos dos discursos coletados, no momento em que se apresenta particularidades dos discursos e os identifica dentro do contexto histórico/político/social.

O uso da análise do Discurso do Sujeito Coletivo contribui com a finalidade do trabalho de resgatar a experiência conjunta de elaboração e implantação do Programa de Exercícios Físicos em Unidades de Saúde no Município de Rio Claro - SP, uma vez que essa abordagem metodológica, utilizando uma estratégia discursiva, visa tornar mais clara uma dada representação social, bem como o conjunto das representações que conforma um dado imaginário. É como se uma pessoa só falasse por um conjunto de pessoas mas, obviamente, se trata de uma construção artificial.

#### **4.5.1 Análise de Conteúdo**

A análise de conteúdo é uma técnica e não um método, utilizando o procedimento normal da investigação - a saber, o confronto entre um quadro de referência do investigador e o material empírico recolhido.

Nesse sentido, a análise de conteúdo tem uma dimensão descritiva que visa dar conta do que nos foi narrado e uma dimensão interpretativa que decorre das interrogações do pesquisador face ao objeto de estudo, com recurso a um sistema de conceitos teóricos-analíticos cuja articulação permite formular as regras de inferência. (GUERRA, 2006)

Na literatura encontramos diferentes abordagens para se trabalhar com análise de conteúdo, principalmente no trabalho de Bardin (1977). Para este estudo optamos por fazer uso da proposta de análise de entrevistas aprofundadas e histórias de vida, um processo simplificado de análise de conteúdo que tem por base as propostas de Poirier e Valladon (apud GUERRA, 2006), que se baseia em análise comparativa através da construção de tipologias, categorias e análises temáticas. Para tal deve-se seguir os seguintes passos:

- a) Transcrição – a transcrição das entrevistas deve ser integral e fiel ao que foi dito.
- b) Leitura das Entrevistas – uma vez transcritas as entrevistas impressas devem ser lidas, a fim de que sejam demarcadas frases e sequencias que serão utilizadas no momento da redação do texto.



- c) Construção das sinopses das entrevistas – com base na leitura anterior constroem-se a sinopse das entrevistas, guiadas pelas temáticas do roteiro de entrevista.
- d) Análise descritiva - a intenção é contar ao leitor o que foi dito pelos entrevistados, mas, em lugar de se contar diversas opiniões, agregam-se as diferentes lógicas do que nos foi contado.
- e) Análise interpretativa - compreende em relacionar os processos históricos globais com as individualidades históricas, ultrapassando as descrições etnográficas em busca do sentido social que está subjacente à descrição dos fenômenos.

Para as pretensões desse trabalho foram analisados os Blocos de Perguntas 1, 3 e 4, presentes no roteiro de entrevista, por entendermos que esses agrupam informações sobre o momento histórico de início da intervenção bem como contempla a investigação sobre seu modelo de gestão.

Após análise prévia compreendeu-se que o Bloco 2 do roteiro de entrevista é contemplado no capítulo da Revisão de Literatura que apresenta o Modelo Conceitual do Programa.

#### **4.5.1.1 Caracterização dos Depoentes**

Os depoentes que colaboraram com nossa pesquisa, antes de sua entrevista, receberam orientação das pretensões do trabalho e a relação com sua participação.

Na transcrição das entrevistas, bem como no corpo do trabalho, os depoentes estão identificados por sua função no período de elaboração e implantação do Programa de Exercícios Físicos em Unidades de Saúde, no ano de 2001, sendo:

- Depoente 1 – COORDENADOR DA UNIDADE DE SAÚDE
- Depoente 2 – MÉDICO
- Depoente 3 – SECRETÁRIO DE SAÚDE
- Depoente 4 – PROFESSOR 1
- Depoente 5 – PROFESSOR 2
- Depoente 6 – PROFISSIONAL
- Depoente 7 – TÉCNICO DE LABORATÓRIO

#### **4.5.2 Análise do Discurso do Sujeito Coletivo**

A Análise do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) possibilita uma aproximação entre as abordagens qualitativas e quantitativas, possibilitando o que pode se chamar de análise QualiQuantitativa, se destinando, entre outros objetivos, ao redimensionamento das estratégias de ação na pesquisa, considerando as limitações que os modelos qualitativo e quantitativo, quando empregados em separado, apresentam. (GOULART, 2007)

A metodologia do DSC preocupa-se com a criação de uma ponte entre o senso comum e o conhecimento científico partindo da reconstituição de um pensamento coletivo, com base na Teoria das Representações Sociais, mediando também as perspectivas metodológicas qualitativa e quantitativa. Isso possibilita acessar o conhecimento e o saber rotineiros, tratando os indivíduos como possuidores de um caráter racional e cognitivo compartilhado. (JUNIOR et al, 2013)

A metodologia possibilita a apresentação de um discurso síntese elaborado com pedaços de discursos de sentido semelhante reunidos num só discurso. Em linhas gerais, o DSC constitui uma técnica de pesquisa qualitativa criada para fazer uma coletividade falar, como se fosse um só indivíduo.

É uma proposta de coleta, organização, tabulação e análise de dados qualitativos de natureza verbal, obtidos através de depoimentos, ou por meio do discurso dos sujeitos obtidos através de artigos de jornal, matérias em revistas semanais, cartas, papers e revistas especializadas. (LEFRÈVRE & LEFRÈVRE, 2003)

Basicamente, a técnica consiste em analisar o material verbal coletado em pesquisas que tem depoimentos como sua matéria prima, extraíndo-se de cada um destes depoimentos as Ideias Centrais ou Ancoragens e as suas correspondentes Expressões Chave; com as Ideias Centrais/Ancoragens e Expressões Chave semelhantes compõe-se um ou vários discursos-síntese que são os Discursos do Sujeito Coletivo.

O DSC utiliza algumas figuras metodológicas para auxiliar na coleta e análise dos dados, essas são conhecidas como Instrumentos de Análise do Discurso (IAD), contendo:

Expressões-Chave (ECH) - representam o conteúdo ou a substância ou o “recheio” das IC. São segmentos de discursos que remetem à IC e a corporificam.

São pedaços, trechos ou transcrições literais do discurso, que devem ser sublinhadas, iluminadas, coloridas pelo pesquisador, e que revelam a essência do depoimento ou, mais precisamente, do conteúdo discursivo dos segmentos em que se divide o depoimento (que em geral, correspondem às questões de pesquisa). (LEFRÈVRE & LEFRÈVRE, 2003)

Ideias Centrais (IC) - a ideia central é uma descrição (a mais sucinta e objetiva possível) do sentido de um discurso, sendo que um discurso pode ter mais de uma ideia central.

É um nome ou uma expressão linguística que revela e descreve, da maneira mais sintética, precisa e fidedigna possível, o sentido de cada um dos discursos analisados e de cada conjunto homogêneo de ECH, que vai dar nascimento, posteriormente, ao DSC. (LEFRÈVRE & LEFRÈVRE, 2003)

Ancoragens (AC) – manifestação linguística de uma dada teoria ou ideologia ou crença que aparece no discurso do informante, mas que se ancora em outra fonte.

Remetem não a uma IC correspondente, mas a uma figura metodológica que, sob a inspiração da teoria da representação social denomina-se ancoragem (AC), que é a manifestação linguística explícita de uma dada teoria, ou ideologia, ou crença que o autor do discurso professa e que, na qualidade de afirmação genérica, está sendo usada pelo enunciador para “enquadrar” uma situação específica. (LEFRÈVRE & LEFRÈVRE, 2003)

As AC, diferentemente das IC que estão sempre presentes nos depoimentos, somente serão consideradas quando estiverem concreta e explicitamente presentes nesses depoimentos, o que nem sempre acontece. (GOULART, 2007)

O Discurso do Sujeito Coletivo engloba depoimentos sintetizados e analisados, redigidos na primeira pessoa do singular, composto pelas ECH que têm a mesma IC ou AC, que expressa o pensamento coletivo por meio do discurso dos sujeitos. Dessa forma, ao se colher vários depoimentos percebem-se elementos comuns que delineiam o discurso coletivo, que são as Representações Sociais que caracterizam um determinado grupo.

Quando se deseja ter como resultado final as Representações Sociais ou opiniões de grupos sociais, tendo como coleta de informações questões abertas, é necessário fazer a soma desses depoimentos obtendo desta soma o pensamento generalizado. A fim de solucionar este desafio, foi criada a chamada “categorização de respostas”, que tem o papel de analisar as respostas dadas e atribuir um sentido a elas, reunindo as respostas de mesmo sentido. Desta maneira a categorização seria a expressão da soma dos depoimentos, sendo cada depoimento incluído na categoria semelhante em relação ao conteúdo, e todos os conteúdos dentro de uma categoria tornam-se idênticos. Os Discursos de Sujeitos Coletivos não anulam os conteúdos dos depoimentos, já que o objetivo não é somente desenvolver uma soma matemática, mas também um discurso coletivo que gere um posicionamento, e um sentido onde a opinião individual de cada depoimento esteja garantida e preservada. (ALVANTARA et al, 2008)

#### **4.5.2.1 Procedimentos**

O uso da análise do DSC obedece a uma metodologia central que compreende três fases do trabalho de pesquisa (preparação, execução e análise), sendo elas:

##### **1 - Preparação para pesquisa**

- Reconhecimento, a partir da observação do programa, do conjunto de pressupostos que norteiam os entendimentos iniciais da realidade do grupo de indivíduos estudados em seu local de existência;
- Elaboração de um plano piloto de pesquisa acerca do objeto de estudo;
- Montagem do referencial teórico de fundamentação da pesquisa;
- Montagem do aparato instrumental de abordagem e de coleta de dados (questionário, roteiros de entrevistas,...)

##### **2 - Execução da coleta de dados**

- Envolvimento do pesquisador com o Programa de Exercícios Físicos em Unidades de Saúde, a fim de ter conhecimento da realidade do programa;
- Realização das entrevistas registradas em áudio com os envolvidos no processo de elaboração e implantação do Programa de Exercícios Físicos em Unidades de Saúde;

### 3 - Análise do material recolhido

- Tabulação dos dados coletados;
- Transcrição das entrevistas
- Montagem dos quadros isolados de Instrumentos de Análise do Discurso (IAD)
- Construção do DSC a partir dos IAD

Tendo sido todas as entrevistas coletadas, gravadas e transcritas, para tabulação dos dados, para organização dos IAD seguimos os seguintes passos:

- a) Definimos que por características das respostas as 6 entrevistas coletadas deveriam ser utilizadas
- A eliminação de uma das entrevistas ocorreu por entendermos que essa não apresentou matéria prima das representações sociais, ou seja, o discurso professado pelo sujeito social não apresentou valor simbólico de reflexão sobre o viver, o pensar e o dizer do grupo estudado. Isso pode estar ligado ao fato de que o entrevistado não foi agente atuante do processo de elaboração e de implantação do Programa de Atividade Física em Unidades de Saúde, mas sim um participante desde o início do programa, fazendo com que não emergisse em seu discurso representações passíveis de análise dentro da proposta desta pesquisa.
  - Assim, foram utilizadas as entrevistas dos depoentes:
    - ✓ Depoente 1 – COORDENADOR DA UNIDADE DE SAÚDE
    - ✓ Depoente 2 – MÉDICO
    - ✓ Depoente 3 – SECRETÁRIO DE SAÚDE
    - ✓ Depoente 4 – PROFESSOR 1
    - ✓ Depoente 5 – PROFESSOR 2
    - ✓ Depoente 6 – PROFISSIONAL
- b) As perguntas apresentadas no “ROTEIRO DE PERGUNTAS” foram revistas, de forma que em cada eixo temático, definido nos blocos de perguntas, foi elaborada uma nova pergunta a partir do agrupamento das respostas, sendo:

1- O programa foi pensado com base na situação de saúde do país? Quem participou da construção do programa?

Objetivo: compreender o contexto em que o programa foi concebido e as instituições envolvidas

2- Quais eram os objetivos e o foco do programa?

Objetivo: No momento da elaboração quais os objetivos traçados? Quem era atendido e em qual local?

3- Como funcionava a intervenção?

Objetivo: Informações sobre critérios de inclusão, acompanhamento dos alunos, avaliação e funcionamento da intervenção

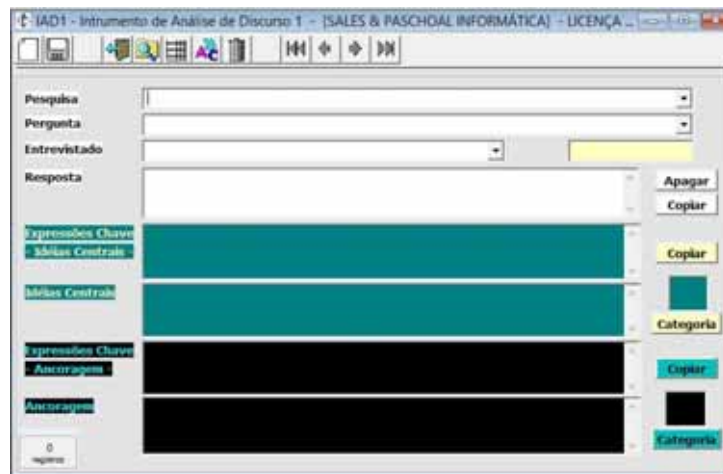
4- Como era a gestão do programa? Havia recursos financeiros?

Objetivo: Conhecer quem fazia a gestão do programa, como se reuniam e quais recursos empregados.

c) Para tabulação dos dados:

- i. Fazendo uso do programa WORD 2013 as respostas de cada depoente foram reagrupadas em cada uma das novas questões.
- ii. Foram identificadas (e sublinhadas) as Expressões Chave (ECH) em cada resposta dada a cada pergunta por cada depoente.
- iii. Foi organizado um quadro no programa EXCEL 2013 de forma a facilitar a visualização de cada ECH agrupada a partir dos depoimentos.
- iv. A construção do Instrumento de Análise do Discurso 1 (IAD 1) foi realizada a partir do Software QualiQuantisoft (QQsoft) versão 1.3c, programado pela SPI – Sales & Paschoal Informática, elaborado com base na teoria do Discurso Coletivo (DSC) de Lèfevre & Lefèvre – Faculdade de Saúde Pública da USP.
- v. Inserimos informações sobre a pesquisa, os depoentes e as questões elaboradas.
- vi. No software (figura 1), a partir das ECH identificamos as Ideias Centrais (IC) e as categorizamos de acordo com o agrupamento pertinente à resposta, para que pudéssemos realizar posteriormente o DSC (Apêndice VIII)

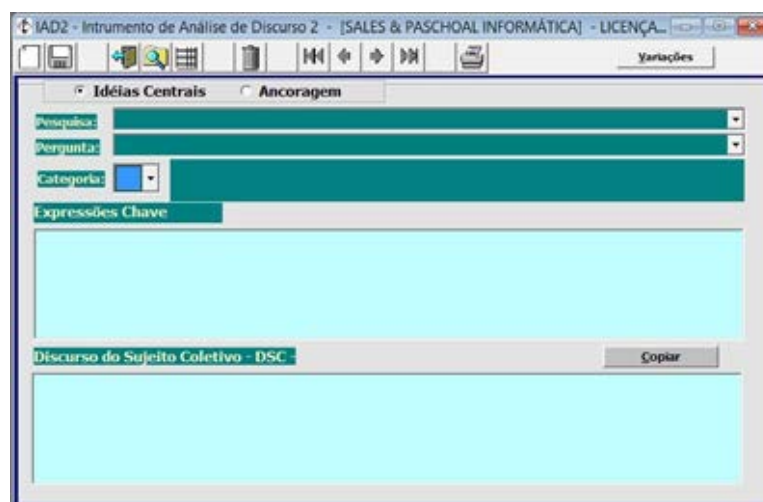
**Figura 7** – apresentação da tela IAD 1 do software QQsoft 1.3c



d) Análise dos dados

- Os dados foram analisados pelo software QQsoft 1.3c
- Através do Instrumento de Análise do Discurso 2 (IAD 2) (figura 2) foi produzido o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) de cada categoria identificada em cada pergunta. (Apêndice IX)
- Os DSC encontrados foram agrupados gerando um único DSC para cada pergunta, esses apresentados nessa Tese como parte dos resultados.
- Definido qualitativamente o caráter coletivo do pensamento social, foi realizada a coletivização dos resultados pela quantidade. Os dados são organizados em tabelas e gráficos representativos da frequência que cada opinião aparece em relação ao número total de opiniões

**Figura 8** - apresentação da tela IAD 2 do software QQsoft 1.3c



## **5 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Os resultados são apresentados separadamente, a partir dos modelos de análise discutidos anteriormente no trabalho.

### **5.1 – Análise de Conteúdo**

Os dados, apresentados a seguir, foram organizados na forma de eixos temáticos, definidos pelos blocos de pergunta, determinados previamente pelo roteiro de entrevista, buscando expressar o que mais se evidenciou neles e levando em consideração os objetivos deste estudo: a partir de um estudo de caso descrever os aspectos da criação e apresentar o modelo de gestão do Programa de Exercícios Físicos implantado na atenção básica à saúde do Município de Rio Claro – SP, compreendendo este como um possível modelo de programa de política pública para o Sistema Único de Saúde brasileiro.

Após o processo de transcrição das entrevistas (anexos I, II, III, IV, V, VI e VII) foi realizado o exercício de identificação de frases e sequências a serem utilizadas, dentro de cada eixo, na fala de cada um dos entrevistados. Este momento permite a construção de uma análise descritiva do que foi dito pelos entrevistados, em lugar de se contar diversas opiniões, agregam-se as diferentes lógicas do que nos foi contado.

Por fim, é apresentado neste capítulo a análise interpretativa, relacionando o que foi apresentado na revisão de literatura com as informações coletadas através das entrevistas.

#### **5.1.1 Pertinência e Foco do Programa de Exercícios Físicos em Unidades de Saúde no Município de Rio Claro – SP**

“olha, eu acho que chegou o momento, nós vamos interagir...”

PROFESSOR 1 relatando fala do COORDENADOR DE UNIDADE DE SAÚDE

O Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil é regido por Princípios Doutrinários, que definem o direito de acesso ao sistema por todo cidadão, em todos os níveis, de acordo com a complexidade de seu caso, sendo tratado de forma integral, considerando suas características bio-psico-social, e também por Princípios



Organizativos, que defendem a regionalização do sistema, sua descentralização e a participação popular.

É nesta conjuntura, que dá identidade ao SUS, que no Município de Rio Claro, no ano de 2001, foi elaborado e implantado um modelo de programa a fim de oferecer atividade física e orientação para vida saudável à pacientes hipertensos e diabéticos que frequentavam a Unidade de Saúde "Vila Cristina".

Nós tínhamos um volume muito grande de pacientes, porque é uma região bem populosa, lá do Vila Cristina. E era assim, muitos pacientes com problemas de diabetes, pressão alta e constantemente passa ali consulta, e aquela coisa que não se controlava, não diminuía, muito pelo contrário, aumentava o número de pacientes, assim, 'significativamente', vamos dizer. Então eu comecei a ficar, por ter essa visão de saúde pública - não é? - que eu acho que isso muda muito o olhar do profissional na área de saúde e eu tentei começar a buscar alguma coisa que eu pudesse ajudar e colaborar para tentar modificar esse quadro. (COORDENADORA DA UNIDADE DE SAÚDE)

A preocupação com o elevado número de pacientes portadores de diabetes e hipertensão atendidos relatado pela COODENADORA DA UNIDADE DE SAÚDE fazia parte de um quadro de alerta em toda Secretaria Municipal de saúde.

Nós tínhamos, dentro do município, uma preocupação grande com a questão de hipertensão, com a questão de diabetes, que são doenças crônico-degenerativas que vem avançando no país. (SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE)

Tal afirmação corrobora com a inquietação observada em diversos países do mundo diante da transição epidemiológica que é marcada pelo avanço das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT).

O problema das DCNT chama atenção do Ministério da Saúde (MS), tendo em vista que no ano 2000 estimava-se que 27% das causas de morte do país estavam relacionadas com doenças do aparelho circulatório, além de que essas foram responsáveis por 15,2% das internações de pessoas entre 30 e 69 anos ocorridas no SUS no mesmo ano 2000 (BRASIL 2001b). É importante salientar que a Hipertensão Arterial e a Diabete Mellitus constituem os principais fatores de risco para doenças do aparelho circulatório.

Assim, em 2001 o MS lança o Plano de Reorganização de Atenção ao Cliente com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus (BRASIL, 2001b), com o objetivo de reestruturar o atendimento aos portadores dessas doenças, proporcionando um atendimento resolutivo e de qualidade na rede pública de serviços de saúde. O documento chamava atenção para que:

Somente a pactuação solidária entre a união, estados e municípios; o **apoio e participação das sociedades científicas** e entidades de portadores poderão criar as bases para o atendimento eficiente e eficaz com o propósito de contribuir para a redução da morbimortalidade associada à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus em todo o território brasileiro. (BRASIL, 2001b, grifo nosso)

No mesmo período foi publicado pelo MS o Caderno de Atenção Básica n. 7: Hipertensão arterial sistêmica e Diabetes Mellitus- PROTOCOLO (BRASIL, 2001c), um instrumento de capacitação dos profissionais da atenção básica.

O documento aborda a prevenção e o tratamento das doenças no contexto integral da atenção básica (AB), além de possuir a tarefa de indicar, em linhas gerais, os limites de responsabilidades dos níveis de atenção no sistema e instrumentalizar tecnicamente os profissionais integrantes da área de AB.

Dentre as orientações contidas no protocolo de 2001 estavam o estímulo a ações que promovessem a adoção de hábitos saudáveis de vida, dentre esses destacamos aqui a Atividade Física (AF), apresentada no referido documento como forma de tratamento não medicamentoso. (BRASIL, 2001c)

Sabe-se que no enfrentamento das DCNT uma das grandes preocupações é com o alto índice de inatividade física que assola as populações, considerando que este problema é considerado o fator de risco independente com maior prevalência na população (LEE et al, 2012).

No Plano de Reorganização de Atenção ao Cliente com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus é destacada a necessidade de que estados e municípios fortaleçam suas ações de promoção da saúde e prevenção de doenças não transmissíveis, através da implantação e implementação de programas. (BRASIL, 2001b).

Como estratégia é sugerido que se formatem programas como proposto pelo “Agita Brasil”, o primeiro programa de incentivo a prática de atividade física na AB institucionalizado pelo MS, baseado na experiência do Município de São Paulo com o programa “Agita São Paulo”.

Entretanto, a atividade física ainda era vista pela maioria dos profissionais como uma prescrição, não como um serviço que a rede de saúde poderia oferecer (BRASIL, 2004).

Este fato evidencia-se no Caderno de Atenção Básica n. 7 (BRASIL, 2001c), que ao invés de fazer uso da Resolução n. 218, de 06/03/1997, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que reconhece os Profissionais de Educação Física como Profissionais de Saúde, inserindo esses nas equipes de AB, opta por apresentar em seu conteúdo orientações a fim de capacitar profissionais da AB para que estes prescrevessem AF.

No âmbito deste contexto, no ano de 2001, foi elaborado e implantado na AB do Município de Rio Claro – SP o Programa de Exercícios Físicos em Unidades de Saúde.

De fato o processo de construção do programa em nada se relaciona com o contexto de saúde do país, ou ainda tenha como base os documentos de AB de referência ao enfrentamento das DCNT e inserção da atividade física como forma de prevenção e tratamento não medicamentoso publicados no mesmo ano em que foi proposto o programa. Isso pode ser notado nas afirmações dos entrevistados neste trabalho:

Não, eu acho que naquele momento a gente não pensou tão grande assim. Nós pensamos bem pequenininho, era bem assim, ‘pé no chão’, era de tentar resolver aquele problema que nós tínhamos bem debaixo do nosso nariz, que era, a princípio, a Unidade da Vila Cristina. (COORDENADOR DA UNIDADE DE SAÚDE)

Não. Eu acho que eu não... não foi assim, a implantação não se... não se pensou, não pensamos em algo tão complexo, né. Sabe? Eu acho que esse tipo de reflexão a gente não fez mesmo. (PROFESSOR 2)

Olha, não me pareceu. Pelo menos da forma que chegou aqui, eu entendi, mas pode ser uma visão minha. Pela forma pela qual elas vieram conversar comigo, na primeira vez, e eu não tinha estrutura

nenhuma, eu entendi que elas sentiram uma necessidade local, em primeiro plano, aquela do posto da Vila Cristina. Ela sentiu uma necessidade local ali, de pacientes que tinham a doença, tinham o problema, e eles, acho que tinham um médico no início para atender e era muita gente. Então ela viu uma necessidade de algo um pouco maior, e ela tinha um pouco uma visão de talvez uma parceria com a Universidade ou qualquer coisa assim, e um pouco também, da Prefeitura, talvez, da visão dos postos da cidade. (PROFESSOR 1)

O que podemos afirmar é que a articulação do programa tem relação direta com os princípios que regem o SUS, considerando que estes permitem que o sistema tenha autonomia em suas instâncias de atuação.

Com a descentralização e regionalização do sistema é possível a incorporação de novos atores ao cenário nacional, atingindo uma aproximação da sociedade com o Estado, e possibilitando o aparecimento de ricas experiências locais.

Os princípios, assim, saúde gratuita para todos, atendimento à saúde é um dever do Estado, e assim vai. E as pessoas vão se engajando, sabe-se que existem necessidades regionais. Cada local é diferente, um local é diferente do outro. É mesmo no mesmo município, uma unidade tem uma característica totalmente diferente da outra. Então, o sistema funciona porque as pessoas se engajam. É muito difícil num sistema como esse você ter um planejamento assim, muito geral, que seja universal, que seja aplicada a todo mundo. (PROFESSOR 2)

Podemos destacar que a ideia de regionalização representa a proposta de articulação entre os serviços que já existem, que foram criados pelo MS, essa compreensão é representada na fala de um dos envolvidos no programa.

Basicamente o que existe de universal são metas, metas de quando você pactua um programa, um projeto com gestores, você estabelece metas que são mensuráveis, objetivas, e o modo como você vai atingir isso, você tem autonomia para tomar a decisão. (PROFESSOR 2)

No ano de 2001 o MS instituiu um programa denominado HIPERDIA, segundo portaria GM/MS 235 em 20 de fevereiro de 2001 (BRASIL, 2001d), com o objetivo de estabelecer a organização da assistência, prevenir e promover a saúde, através da vinculação dos usuários à rede, a implementação de programa de educação permanente em hipertensão, diabetes e demais fatores de risco para doenças cardiovasculares.

Ressaltamos que o programa estava diretamente relacionado com a criação do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus (BRASIL, 2001b).

Implantado na Unidade de Saúde “Vila Cristina” do Município de Rio Claro, a crescente demanda atendida pelo programa HIPERDIA chamou atenção dos profissionais que atuavam na unidade, o que os levou a buscar novas abordagens no enfrentamento da hipertensão e diabetes, ocorrendo assim uma aproximação da Unidade de Saúde com a Universidade.

Eu vou procurar a UNESP, no setor de Educação Física para ver se a gente consegue uma parceria para estar fazendo alguma coisa (COORDENADOR DA UNIDADE DE SAÚDE)

Um belo dia, apareceram duas pessoas, duas mulheres aqui, perguntando quem era a professora responsável pelos pacientes diabéticos.

.....

Aí ela falou o seguinte, “olha, é que a gente já ouviu falar de alguém que trabalhava com diabetes aqui na Universidade, e como nós temos um conjunto grande de pessoas que são portadoras de diabetes” - ela falou - “eu estou falando pelo meu posto, que é o da Vila Cristina”. E falou, “então tem várias pessoas que frequentam lá porque são diabéticas, e que fazem o controle por lá. Aí a gente começou a entrar em contato com algumas pessoas e ficamos sabendo que tinha uma professora na UNESP que entendia de diabetes, então por isso que a gente queria conversar com você”. (PROFESSOR 1).

Nos relatos levantados nesta pesquisa evidenciamos que esse primeiro contato que tanto a COORDENADORA DE UNIDADE DE SAÚDE quanto a PROFESSORA 1 não tinham uma proposta concreta de ação, na verdade, nota-se que as duas compreendem de imediato a importância da aproximação entre a Universidade e o Poder Público, mas este seria um caminho a ser construído.

Eu não sabia explicar para ela exatamente o que eu queria, mas eu dizia a ele que eu queria alguma coisa, né? E ela também não sabia o que ele teria para me oferecer. E foi nesse “não sei o que quero” e “não sei o que eu tenho” e a gente foi sentando, conversando, ajustando, né. (COORDENADOR DA UNIDADE DE SAÚDE)

Aí eu falei, “olha, eu entendo da patologia, entendo da doença, mas eu não tenho maiores conhecimentos, assim, de uma aplicação mais imediata, porque – eu expliquei até para elas – eu trabalho com modelo experimental em ratos, eu induzo diabetes, trabalho com exercício físico e investigo vários parâmetros nesse modelo. E dou aula para os alunos a respeito de fisiologia, explico a importância de tudo isso para eles, mas, assim, mais no sentido acadêmico e científico, não propriamente de uma aplicação”. Ela falou, “olha, então quem sabe chegou a hora da gente começar a conversar um pouco sobre isso, e a gente passar a ter um conhecimento um pouco maior das coisas que você faz e se existe alguma possibilidade de a gente interagir”. (PROFESSOR 1)

Essa aproximação ocorre na intenção de se promover uma intervenção relacionada a Atividade Física na Unidade de Saúde, com base nas características da população, levando-se em consideração a dificuldade de acesso a programas.

“Se você aceitar, nós estamos fazendo um convite. Se você puder fazer alguma coisa que possa ser útil para aquela comunidade - ela falou - então o nosso postinho atende pessoas que não têm, uma renda, por exemplo, que possam estar fazendo uma atividade física ou indo para um clube ou para uma academia, nada disso. É uma população carente - vamos dizer assim - de um bairro relativamente pobre, que não tem condições de frequentar uma academia nem nada”. Mas os médicos normalmente dizem assim, “é bom que vocês façam alguma atividade física, é bom que caminhe”, mas eles não têm noção se uma caminhada é importante, e se o paciente pode caminhar, se ele pode andar, o que ele pode fazer, ela falou, “mas para nós qualquer coisa é lucro, porque é uma população que necessita muito da colaboração. E se a Universidade puder colaborar nesse sentido...” (PROFESSOR 1)

A ideia de inserir AF no sistema de saúde já fazia parte do universo discutido no âmbito da universidade, e isso fica caracterizado na fala do MÉDICO, que antes de fazer parte do sistema de saúde municipal exerceu a função de médico no Campus de Rio Claro da UNESP, lotado no Departamento de Educação Física.

O fato é que eu, com a minha formação, que era médico do esporte, a gente sabe, vamos dizer assim, dos benefícios da atividade física, junto à questão de saúde como um todo. E a importância de usar esse recurso como uma ferramenta auxiliar ao tratamento complementar aí. Então, vamos dizer assim, independente de existir já uma política, já havia essa visão, e uma visão essa, que a gente já comentava também, lá na própria Educação Física, onde a gente atendia a comunidade, desenvolvendo as práticas dali junto da comunidade, dos idosos que ali chegavam, para estar desenvolvendo um trabalho ali. E isso se estendeu, então, para as unidades. (MÉDICO)

A associação da prática regular de Atividade Física com a diminuição do risco de desenvolver condições crônicas como o diabetes e a hipertensão já era tema de discussões no mundo todo desde a década de 1980.

De acordo com NAHAS et al (2010) tudo se inicia com uma proposta de mudança na ênfase da aptidão física voltada ao desempenho para a aptidão física relacionada à saúde. Segundo o autor, os anos 80 representam um período de transição do foco da aptidão física (o produto) para a atividade física (o processo).

Já no início dos anos 90 a atividade física foi definida como uma das prioridades da pesquisa em saúde pública e a inatividade física passou a ser considerada um fator de risco primário e independente para doenças cardiovasculares pela American Heart Association – AHA. No Brasil foi publicado o primeiro artigo sobre o assunto (NAHAS, 1996).

Ainda neste período, o Physical activity and health: a report of the Surgeon General, publicado em 1996 pelo Center for Diseases Control and Prevention (CDC, 1996), foi um marco científico dos benefícios à saúde da atividade e aptidão física. Esse documento resumiu os benefícios fisiológicos e psicossociais que os indivíduos de todas as idades podem adquirir a partir de um estilo de vida fisicamente ativo.

Eu acho que assim, ninguém... naquela época a gente já dizia assim “ninguém discute a importância da atividade física”, sabe? Faz bem para a saúde, é aquela história toda (PROFESSOR 2)

De fato muito se sabia sobre a relevância da atividade física, mas dificilmente encontramos registros de COMO realizar intervenções. Talvez esse seja o motivo das dificuldades iniciais do Programa de Exercícios Físicos em Unidades de Saúde e é provável que esse seja o motivo das preocupações relatadas nas conversas iniciais, ocorridas entre COORDENADOR DA UNIDADE DE SAÚDE e PROFESSOR 1.

Eu falei, “olha, eu vou ser bem clara com a senhora nesse sentido, eu não tenho experiência de mexer com a população, mas eu estou disposta a participar no que eu puder, e tentar levar alguma contribuição daquilo que eu conheço para vocês, para essa população e para o posto. Inclusive seria interessante se a gente pudesse, se a gente for fazer alguma coisa para o posto, que a gente pudesse ter a colaboração dos médicos no sentido de que qualquer coisa que venha a acontecer, que vocês deem uma certa cobertura para esses

pacientes, porque, diferentemente, por exemplo, da UNESP de Botucatu, que tem toda uma estrutura de hospital, etc, a gente não conta com isso. (PROFESSOR 1)

Eu falei, “mas a gente não tem o programa, eu vou ter que conversar com alguns colegas aqui e ver o que é possível fazer”. Ela falou, “então está ótimo”. Então eu falei, “então está ótimo”. Aí ela falou, “então a gente dá um tempo, para vocês conversarem, daí a gente volta aqui e vê que tipo de interação a gente pode ter”, ela falou. “O que nós oferecemos é o posto e eu quero que você vá conhecer o posto lá da Vila Cristina, e alguma coisa que a Prefeitura possa colaborar” (PROFESSOR 1)

Pelas experiências relatadas nas entrevistas coletadas para esse trabalho, podemos resumir que um diagnóstico realizado na Unidade de Saúde “Vila Cristina” conduziu o COORDENADOR DA UNIDADE DE SAÚDE a procurar no Campus da Unesp – Rio Claro uma forma de parceria para o oferecimento de orientação de atividade física aos pacientes que frequentavam o programa HIPERDIA.

Seu primeiro contato foi telefônico e a ligação foi transferida para o PROFESSOR 1, por este realizar trabalhos de pesquisa básica a fim de estudar os efeitos do exercício em ratos diabéticos.

Compreendendo a importância da proposta e identificando uma oportunidade de intervenção direta da Universidade na sociedade, o PROFESSOR 1 aceita o convite e o amplia para outro colega, o PROFESSOR 2, que prontamente atende e aceita o desafio.

A PROFESSOR 1 foi, tinha sido procurada pela coordenadora da unidade de saúde de Vila Cristina, e eu acho que o nome dela era COORDENADOR DA UNIDADE DE SAÚDE, se eu não me engano. E ela foi chamada para fazer uma série de palestras no programa de hipertensos e diabéticos que a Secretaria de Saúde fazia no município. Então ela tinha pedido para PROFESSOR 1 arrumar algumas palestras lá para os pacientes. Como envolvia hipertensos também, ali, a PROFESSOR 1 era mais diabéticos, ela pediu para que eu também participasse dessa série de palestras. E aí a gente começou dando palestras. (PROFESSOR 2, nomes editados por nós)

Neste contexto estavam cientes da ação o SECRETÁRIO DE SAÚDE e o MÉDICO, sendo que este já tinha experiências de trabalho com os PROFESSORES



1 e 2, em decorrência de seus anos como médico do Departamento de Educação Física da Unesp – Rio Claro.

a Secretaria de Saúde sabia o que a gente estava buscando e sempre apoiando e achando assim, que foi válido tudo o que aconteceu lá, que abriu para outras Unidades(COORDENADOR DA UNIDADE DE SAÚDE)

E chegamos nessa questão de fazer um projeto para uma atividade física dentro da Unidade para os pacientes diabéticos e hipertensos ... o nosso objetivo era melhorar a saúde desses pacientes e melhorar a qualidade de vida (COORDENADOR DA UNIDADE DE SAÚDE)

O objetivo nosso era tentar levar a atividade física, que é extremamente importante para a saúde, para uma população que não tinha acesso à atividade física por ser carente. Então, o nosso objetivo inicial, ele foi pequeno, assim. Ele não visava uma coisa muito ampla, mas era muito interessante assim, “Puxa!”, essa população que tem diabetes e hipertensão... “ - porque era um programa de atividades físicas para hipertensos e diabéticos. (PROFESSOR 1)

A atenção básica à saúde, no espaço das Unidades de Saúde, é local para operacionalização de campanhas e ações para estimular o aumento da prevalência de pessoas fisicamente ativas na população, uma vez que minimizam parte das barreiras presentes em grupos populacionais sujeitos à inatividade física (KOKUBUN et al, 2007).

Suas características permitem um contato contínuo e longitudinal ao longo do tempo com as famílias e comunidades, de forma contextualizada e acessível à população, podendo influenciar positivamente na mudança do comportamento e do estilo de vida das pessoas. (GUSSO et al, 2012).

A gente tinha feito estimativa na época que nós tínhamos, sei lá, para lá de 70-80 por cento da população de Rio Claro seria inativa ou insuficientemente ativa. E uma das oportunidades onde unidades de saúde serviriam, seria uma oportunidade para as pessoas se realizarem, mesmo porque naquela época, a realidade qual que era? Se você quisesse fazer atividade física, você procurava uma academia. E com o tempo a gente foi avaliando que as unidades de saúde tem localização estratégica, está justamente nessas regiões aí de maior carência, e assim, as pessoas fazem atividade física quando você tem, você está... as instalações estão próximas à sua residência ou ao seu trabalho. (PROFESSOR 2)

Nosso postinho atende pessoas que não têm, uma renda, por exemplo, que possam estar fazendo uma atividade física ou indo para um clube ou para uma academia, nada disso. É uma população carente - vamos dizer assim - de um bairro relativamente pobre, que não tem condições de frequentar uma academia nem nada. (PROFESSOR 1)

Assim, é no âmbito da atenção básica à saúde, tendo como referência à unidade de saúde, fazendo uso do conhecimento dos indicadores de saúde da população e das metas traçadas pelo Ministério da Saúde, dentro de sua autonomia no SUS, que a Secretaria de Saúde de Rio Claro, em sua unidade no “Vila Cristina”, implanta um modelo de programa de atenção à saúde da população portadora de DCNT, mais precisamente, diabéticos e hipertensos.

Eu tenho certeza de que sim (sobre a pertinência do modelo do programa proposto) (COORDENADOR DA UNIDADE DE SAÚDE)

Eu creio que sim, a gente defendeu, vamos dizer assim já esse fato, que vamos dizer assim, a forma como foi implantado o trabalho junto da fundação municipal de saúde, e a UNESP, tentando gradativamente [que] alcançasse o maior número de unidades possíveis, ao nosso ver é uma estratégia um pouco mais abrangente, mais efetiva do que a proposta do Ministério com relação ao NASF. (MÉDICO)

Ah, eu acho que sim. Eu acho que na verdade, assim, nós criamos localmente isso daí, quer dizer, foi o que foi, era o que era possível a gente conseguir fazer, esse convênio com a universidade, e esse trabalho, eu acho que... eu volto a falar, eu acho que o PROFESSOR 2 tem uma visão muito boa. Ele fez uma parceria muito legal com a gente. (SECRETÁRIO DE SAÚDE)

### **5.1.2 Gestão do Programa de Exercícios Físicos em Unidades de Saúde no Município de Rio Claro – SP**

“não, olha, a gente precisa colocar em toda unidade de saúde, colocar alguma quadra, alguma instalação de atividade física, porque isso é saúde, o resto é doença” (PROFESSOR 2 relatando a fala do SECRETÁRIO DE SAÚDE)

O programa elaborado e implementado no Município de Rio Claro em 2001 tem características inovadoras em todo seu processo. É possível destacar que este é inserido na AB antes de qualquer programa institucionalizado pelo MS, o que vai ocorrer somente em 2011 com a elaboração do programa Academia da Saúde.

Olha, eu acho que só poderia dizer o seguinte, que foi uma parceria muito boa. Nós, na verdade, estávamos saindo na frente do que o Ministério da Saúde viria fazer posteriormente, a gente via que o caminho é esse. (SECRETÁRIO DE SAÚDE)

Na verdade, o programa antecede a institucionalização da inserção de profissionais de Educação Física na AB, o que viria ocorrer somente no ano de 2008 quando o MS cria o Núcleo de Apoio ao Saúde da Família (NASF). Antes deste, em 2005, Ministério da Saúde criou um Grupo de Trabalho Intraministerial para organizar ações sinérgicas à Estratégia Global de Alimentação Saudável e Atividade Física. Essas ações foram articuladas pela Secretaria de Vigilância em Saúde. (MALTA et al, 2005)

Antes disso o que havia era cartilhas orientadoras sobre a importância da AF para saúde, de certa forma servindo de modelo para prescrição de ações, mesmo sendo essa atuação regulamentada e personalizada no Profissional de Educação Física.

Em nosso entendimento essas características fazem parte do universo da Gestão do Programa, sendo que apresentam particularidades da própria política pública de saúde no município.

E inclusive, naquela época, para mim, uma coisa que ficou clara, eu, antes do nascimento das academias, já estava começando a discutir que cada unidade básica de saúde tivesse uma quadra anexa a essa unidade, para que a gente pudesse estar fazendo essas atividades com o pessoal, e fora isso pudesse servir à comunidade em todo horário, inclusive à noite, aí. (SECRETÁRIO DE SAÚDE)

Ao nosso ver é uma estratégia um pouco mais abrangente, mais efetiva do que a proposta do Ministério com relação ao NASF. (MÉDICO)

Outro destaque do pioneirismo do Município de Rio Claro frente as ações institucionalizadas do MS estão na aproximação entre o Poder Público e a Universidade.

Somente no ano de 2004 o MS criou o Programa de Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde (PPSUS) (BRASIL, 2004b), com o intuito de desenvolver em um modelo de gestão descentralizado e participativo, envolvendo diversos atores: gestores, profissionais de saúde, pesquisadores e representantes da sociedade civil.

O que havia era a intenção de que os principais problemas de saúde da população figurassem entre as linhas prioritárias de investigação dos pesquisadores brasileiros, tendo a relevância sócio-sanitária como critério norteador para a escolha de seu objeto de estudo.

Entendemos que o processo de aproximação da Secretaria de Saúde de Rio Claro com a Universidade no ano de 2001, evidenciado no Programa de Exercícios Físicos em Unidades de Saúde, representou uma ação similar à que viria ser proposta pelo MS anos depois.

Universidade e governo? Olha, eu acho que... em poucos lugares essas parcerias são fortes. Mas eu acho que é fundamental que a gente consiga esse tipo de parceria. Como a gente conseguiu aqui, com a UNESP, que evidentemente tem uma estrutura de uma universidade pública, estadual, e de qualidade..... E eu entendo que esta maneira, desta maneira você consegue integrar universidade ao município, o que muitas vezes não acontece, ficam dois mundos distintos. O da universidade, o da faculdade, os alunos da cidade e que vem de fora, e o município, trabalhando totalmente independente, sem nenhuma relação com a faculdade. Eu acho fundamental que ela se fortaleça. (SECRETÁRIO DE SAÚDE)

Da forma em que aconteceu o nosso programa, em particular, foi uma forma muito interessante, porque ele partiu da sociedade, de uma necessidade da sociedade, e na Universidade ele encontrou um meio de atender essa demanda (PROFESSOR 1)

Isso é fundamental, porque, olha, a universidade não é só formadora de recursos humanos, é assim, a universidade não é simplesmente certificadora.... E hoje, hoje fala-se também na outra missão, que é a inserção na própria sociedade. E isso é dito em todos os lugares. Todos os lugares. (PROFESSOR 2)

Podemos sugerir que essa interação, mesmo que sem pretensões para tal, é similar ao que na teoria podemos definir por Gestão baseada em redes, onde os limites das políticas definidas e implementadas transpõe as estruturas organizacionais hierarquizadas e unitárias. A formulação da intervenção é construída em uma “ação coletiva” (TINOCO, 2008), a partir da interação entre componentes do Estado e grupos de interesse.

Podemos entender a Gestão em rede como sendo,

O resultado da cooperação mais ou menos estável, não hierárquica, entre organizações que se conhecem, e se reconhecem, negociam, trocam recursos e podem dividir normas e interesses. Essas redes desempenham um papel determinante na formação da agenda, na decisão e na implantação da ação pública (BENSON apud TINOCO, 2008)

Assim, no caso do Programa de Exercícios Físicos em Unidades de Saúde, os atores que estiveram ligados com a elaboração e a implementação do programa são descritos:

Professores da universidade pública, no caso da UNESP. Pós-graduandos, no primeiro momento, pós-graduandos, professores. MÉDICO, os médicos do posto de saúde que eu trabalhei, eles abraçaram a causa. E essa coordenadora, que eu não lembro o nome dela. E funcionários da UNESP também, porque a TÉCNICA DE LABORATÓRIO, pontuando agora, ela ajudou bastante especialmente nessas avaliações de composição corporal, a priori. (PROFISSIONAL)

Sentávamos eu o PROFESSOR 2 e a equipe do Vila Cristina...a gente estava sempre em contato, o PROFESSOR 2 é uma pessoa assim, excelente para trabalhar com ele e muito inteligente, muito... Sempre, qualquer dúvida eu ligava para ele e ele estava sempre na Unidade acompanhando os alunos, dando retaguarda para mim, e me tirando às vezes de algum sufoco, mas ele estava sempre ali. (COORDENADOR DA UNIDADE DE SAÚDE)

Como o marco transformador nas políticas públicas de atenção primária à saúde no Brasil foi a publicação do Pacto Pela Saúde (BRASIL, 2006a), pelo MS, que conduziu a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2006b) e posteriormente à Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2006c), não haviam editais de financiamento para políticas de inserção de atividade física na atenção básica.

De tal modo, o fomento das práticas inovadoras que fossem implantadas no sistema seriam financiadas por orçamento próprio do nível de governo responsável, no caso da experiência de Rio Claro – SP, quem responderia seria a Secretaria Municipal de Saúde.

Entretanto, como relatado nas entrevistas coletadas neste trabalho, a proposta não contava com qualquer tipo de suporte financeiro.

O que nós tínhamos nesse momento era eu e o PROFESSOR 2 com a boa vontade. Dinheiro, nada. Depois, com um tempo, que a gente viu que a coisa começou a dar certo, que começou a abrir para as outras unidades, foi quando surgiu a nossa ideia de pleitear junto a Fundação o estágio remunerado para os alunos da Educação Física junto à Fundação. Só isso, mas a gente não tinha financeiro nenhum, nenhum, nenhum. (COORDENADOR DA UNIDADE DE SAÚDE)

Olha, que eu me lembre, no começo, não tinha recurso nenhum. Mais tarde a gente conseguiu uma bolsa para os alunos que estavam participando do projeto aí. Na verdade, uma bolsa muito pequena, era mais uma ajuda de custo para eles se locomoverem. Mas era um valor pequeno e do município, local. (SECRETÁRIO DE SAÚDE)

Não, no começo a gente não tinha nada, nada, nada, era zero. A única coisa que a gente contava era com o auxílio para a pesquisa, que era o que nós tínhamos aqui. Mas não tinha verba, nem para extensão, porque a gente não tinha um programa assim, muito definido, e naquela época não tinha verba nenhuma, nós contávamos com a boa vontade e colaboração. (...) E a Prefeitura, ela foi até que foi muito simpática por um certo ponto de vista, porque um recurso mínimo, de fita para glicose, etc, eles arranjavam, demorava um pouco, aquela confusão de início que você conhece, mas eles davam alguma coisa assim, e a gente ia fazendo. (PROFESSOR 1)

Foi concebido para que não dependesse muito de recursos financeiros. O desejável seria que a prefeitura separasse parcela do orçamento para esse tipo de atendimento. (PROFESSOR 2)

Assim, as atividades do programa se iniciaram com palestras de orientação que tinham por interesse orientar as pessoas sobre a importância de se praticar atividades físicas. Logo as ações foram ampliadas e passaram a promover atividades físicas orientadas, sempre fazendo uso do espaço da Unidade de Saúde.

Até onde a gente sabe, vamos dizer assim, seria quem desenvolvia o programa seriam os estagiários da UNESP, sob a supervisão dos professores ali, encarregados da coordenação imediata ali, do programa. Aí habitualmente era feito três vezes na semana, não é isso? Três vezes na semana... (MÉDICO)

A gente foi durante o primeiro mês, a gente foi dando palestras, sobre como fazer atividade física, o que é importante, o que não é... a gente pegava numa sala pequena ali, não me lembro se era na sala de estar, na sala de espera, alguma coisa assim. E a gente ia dando palestras. E dávamos alguns exercícios que dava para fazer sentado, um alongamento, alguma coisa desse tipo. Mas logo assim, na primeira semana, na primeira ou segunda semana, primeira ou segunda reunião, já deu para perceber que as pessoas queriam fazer exercícios. (PROFESSOR 1).

Era assim, tinha duas vezes por semana que, eu me lembro, que eles iam lá, os alunos da UNESP iam para a Unidade e utilizavam o espaço do estacionamento da Unidade para que fizessem atividade física (COORDENADOR DA UNIDADE DE SAÚDE)

Em todo momento, nas entrevistas, a interpelação entre os atores envolvidos na intervenção é valorizada. Em diversos momentos são destacadas ações de apoio mútuo, vindo das duas partes que se uniram para realizar a intervenção.

Então, e normalmente com a parceria, com o apoio ali do corpo de enfermagem, do grupo de enfermagem, do pessoal, checava a pressão antes e depois da atividade, monitorava. Então fazia esse acompanhamento, acompanhamento também com relação à coleta dos exames. Então era feito também pelo pessoal da enfermagem. (MÉDICO)

É provável que essa interação seja responsável pelas afirmações sobre o comprometimento e motivação das pessoas envolvidas.

Pelo contato que nós tínhamos, já ali na UNESP, e que era de estar fazendo com que o conhecimento científico fosse aplicado ao ser humano, porque além da pesquisa básica que envolvia a experimentação com animais, a ideia era transportar aqueles conhecimentos advindos ali, do experimento com os animais, para a importância prática da atividade física, junto ao ser humano, desde atletas como pessoas que estão interessadas na realização (MÉDICO)

E eu acho que, pelo menos da forma em que ele começou, olha, houve uma integração assim, maravilhosa. Eu não sei se é porque no início não existiam muitos programas de extensão, então as pessoas começaram a perceber que aquilo que a gente fazia dentro da Universidade era útil. (PROFESSOR 1)

Assim, o PROFESSOR 1 E O PROFESSOR 2, que eram gestores da UNESP, nesses programas, eram extremamente dedicados. Abraçaram a causa, mesmo. (PROFISSIONAL)

## 5.2 Análise do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC)

A análise feita a partir do software QQsoft 1.3c apresenta as representações sociais, sobre o assunto pesquisado e são constituídas pelo conjunto dos discursos do sujeito coletivo relativos aos temas e subtemas pesquisados.

Abaixo apresentamos as tabelas e gráficos separados por perguntas e seguidos do Discurso do Sujeito Coletivo que estes representam.

### 5.2.1 Pergunta 1 – O programa foi pensado com base na situação do país? Quem participou da construção do programa?

**Tabela 1** – Representações sociais dos entrevistados em relação à pergunta 1

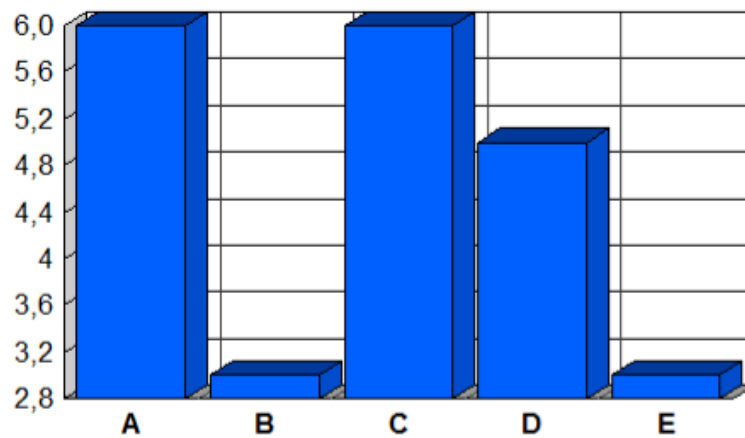
<b>1 ) O programa foi pensado com base na situação de saúde do país? Quem participou da construção do programa?</b>		
<b>A</b>	Intervenção local	6 26,09 %
<b>B</b>	preocupação com o avanço das DCNT e o baixo nível de AF da população	3 13,04 %
<b>C</b>	Novas abordagens em saúde	6 26,09 %
<b>D</b>	Parceria entre UBS e Universidade	5 21,74 %
<b>E</b>	Programa é uma construção coletiva	3 13,04 %

TOTAL DE RESPOSTAS DA PERGUNTA

**23**



**Figura 9** – Gráfico das representações sociais dos entrevistados em relação à pergunta 1



DSC 1 - O programa foi pensado com base na situação de saúde do país? Quem participou da construção do programa?

Não, eu acho que naquele momento a gente não pensou tão grande assim. Os princípios, assim, saúde gratuita para todos, atendimento à saúde é um dever do Estado, e assim vai. E as pessoas vão se engajando, sabe-se que existem necessidades regionais. Cada local é diferente, um local é diferente do outro. É mesmo no mesmo município, uma unidade tem uma característica totalmente diferente da outra. Nós pensamos bem pequenininho, era bem assim, 'pé no chão', uma necessidade local ali, de pacientes que tinham a doença, era de tentar resolver aquele problema que nós tínhamos bem debaixo do nosso nariz, que era, a princípio, a Unidade da Vila Cristina.

Eu ficava muito incomodada pelo seguinte, nós tínhamos um volume muito grande de pacientes, porque é uma região bem populosa, e era assim, muitos pacientes com problemas de diabetes, pressão alta e constantemente passa ali consulta, e aquela coisa que não se controlava, não diminuía, muito pelo contrário, aumentava o número de pacientes, assim, 'significativamente', vamos dizer.

Com a minha formação, por ter essa visão de saúde pública, que eu acho que isso muda muito o olhar do profissional na área de saúde, eu tentei começar a buscar alguma coisa que eu pudesse ajudar e colaborar para tentar modificar esse quadro.

Nós tínhamos, dentro do município, uma preocupação grande com a questão de hipertensão, com a questão de diabetes, que são doenças crônico-degenerativas que vem avançando no país, agora, com o aumento da faixa etária e com a questão da pouca atividade física, ou nenhuma atividade física, que a população tinha. E nós sabíamos dos benefícios da atividade física, junto à questão de saúde como um todo, e a importância de usar esse recurso como uma ferramenta auxiliar ao tratamento complementar aí, vimos uma necessidade de algo um pouco maior, uma visão de talvez uma parceria com a Universidade ou qualquer coisa assim, e um pouco também, da Prefeitura, talvez, da visão dos postos da cidade.

Então o nosso postinho atende pessoas que não têm, uma renda, por exemplo, que possam estar fazendo uma atividade física ou indo para um clube ou para uma academia, nada disso. É uma população carente - vamos dizer assim - de um bairro relativamente pobre, que não tem condições de frequentar uma academia nem nada”. Mas os médicos normalmente dizem assim, “é bom que vocês façam alguma atividade física, é bom que caminhe”, mas eles não têm noção se uma caminhada é importante, e se o paciente pode caminhar, se ele pode andar, o que ele pode fazer.

A professora Eliete foi procurada pela coordenadora da unidade de saúde de Vila Cristina, ela foi chamada pela Bete para fazer uma série de palestras no programa de hipertensos e diabéticos que a Secretaria de Saúde fazia no município. Então ela tinha pedido para Eliete arrumar algumas palestras lá para os pacientes.

O Secretário de Saúde, ele achou na avaliação que ele fez da Unidade, do projeto que a gente estava fazendo e que estava dando certo e resolveu começar a colocar em outras unidades também. O articulador do programa em termos dessa extensão para as demais unidades é com o professor Eduardo Kokubun e o Departamento de Educação Física da UNESP.

Eu tive várias conversas com o professor e com a equipe dele. Quando começamos a conversar com o Eduardo, eu não sabia explicar para ele exatamente o que eu queria, mas eu dizia a ele que eu queria alguma coisa, e ele também não sabia o que ele teria para me oferecer. E foi nesse “não sei o quê quero” e “não sei o que eu tenho” e a gente foi sentando, conversando, ajustando, e chegamos nessa

questão de fazer um projeto para uma atividade física dentro da Unidade para os pacientes diabéticos e hipertensos. E aí nós começamos.

Da forma em que aconteceu o nosso programa, em particular, foi uma forma muito interessante, porque ele partiu da sociedade, de uma necessidade da sociedade, e na Universidade ele encontrou um meio de atender essa demanda.

Então, vamos dizer assim, independente de existir já uma política, já havia essa visão, e uma visão essa, que a gente já comentava também, lá na própria Educação Física. E isso se estendeu, então, para as unidades.

### 5.2.2 Pergunta 2 – Quais eram os objetivos e o foco do programa?

**Tabela 2** – Representações sociais dos entrevistados em relação à pergunta 2

<b>2 ) Quais eram objetivos e o foco do programa?</b>	
<b>A</b> Foco do programa	6 54,55 %
<b>B</b> objetivo do programa	5 45,45 %
TOTAL DE RESPOSTAS DA PERGUNTA	
<b>11</b>	

#### DSC 2 - Quais eram os objetivos e o foco do programa?

É, o foco era esse, implantar em unidade de saúde, ele era voltado para a população que frequentava as unidades de saúde, porque, vamos dizer, assim, a porta pela qual o paciente deveria adentrar, seria justamente a unidade básica de saúde, que é a política também, atual, do Ministério no sentido de que a atenção básica é a porta de entrada para todo o Sistema você ali está indo ao local e estaria, vamos dizer assim, mais próximo a essa população e fazendo um trabalho também de sensibilização e conscientização, no sentido de que essa população viesse a entender a importância desse recurso terapêutico, no sentido de estar intervindo nas suas condições, nas suas patologias.

O objetivo nosso era tentar levar a atividade física, que é extremamente importante para a saúde, a essa população que tem diabetes e hipertensão, porque era um programa de atividades físicas para hipertensos e diabéticos.

Então, o nosso objetivo inicial, ele foi pequeno, assim. Ele não visava uma coisa muito ampla, mas era muito interessante assim. E chegamos nessa questão de fazer um projeto para atividade física dentro da Unidade para os pacientes diabéticos e hipertensos, melhorar a saúde desses pacientes, melhorar a qualidade de vida e melhorar a capacidade funcional e reduzir o quadro, ao menos estabilizar o quadro desses alunos, que eram pacientes. Então a ideia do projeto é que se dê a atividade física com essa intensidade relativamente baixa, moderada.

Eu me lembro que nós começamos a trabalhar, e trabalhamos com grupos de terceira idade, principalmente, que é a pessoa que tinha na época uma adesão maior aos programas da saúde, das unidades básicas de saúde. Um grupo que tem mais disponibilidade para esse tipo de trabalho.

Eu me lembro que no Vila Cristina, por exemplo, tinha uma quadra anexa que pertence ali ao centro de habilitação infantil, nós utilizávamos bastante aquele espaço para poder ter essas atividades.

O nosso foco era pegar os hipertensos e diabéticos, naquele momento da Unidade Básica de Saúde da Vila Cristina. Uma população que não tinha acesso à atividade física por ser carente. Poderes socioeconômico baixo, porque eram os frequentadores das unidades básicas de saúde. Basicamente são os grupos mais vulneráveis, de nível socioeconômico mais baixo. Na Vila Cristina eram os frequentadores especificamente desse porte. Então a gente atendia muito a população mais carente. Obrigatoriamente eles tinham que ter indicação da unidade, eles vinham com encaminhamento.

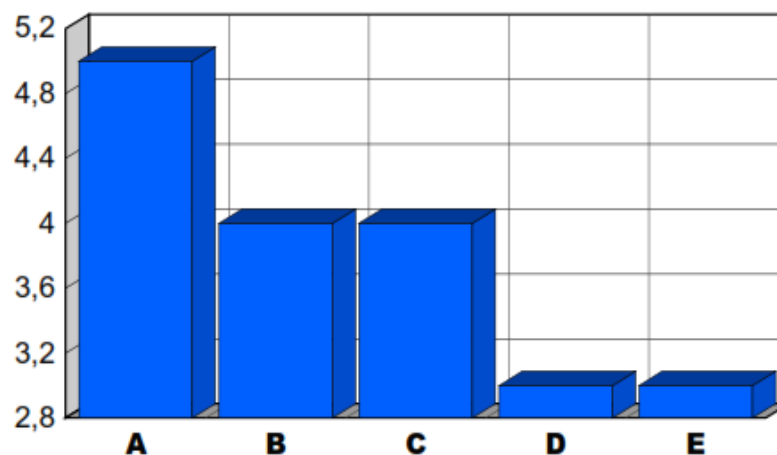
A ideia é na medida em que a gente já tinha essa percepção, essa visão do benefício da prática da atividade física, junto às situações de doenças crônicas, degenerativas, a visão era estender isso às demais unidades.

### 5.2.3 Pergunta 3 – Como funcionava a Intervenção?

**Tabela 3** – Representações sociais dos entrevistados em relação à pergunta 3

<b>3 ) Como funcionava a intervenção?</b>		
<b>A</b>	espaço e tempo da intervenção	5 26,32 %
<b>B</b>	materiais utilizados nas aulas	4 21,05 %
<b>C</b>	critérios de inclusão	4 21,05 %
<b>D</b>	acompanhamento do programa	3 15,79 %
<b>E</b>	avaliação dos participantes	3 15,79 %
TOTAL DE RESPOSTAS DA PERGUNTA		<b>19</b>

**Figura 10** – Gráfico das representações sociais dos entrevistados em relação à pergunta 3



#### DSC 3 - Como funcionava a intervenção?

Era assim, tinha duas vezes por semana que, eu me lembre, se eu não me engano, não sei se duas ou três, que eles iam lá, no Vila Cristina, os alunos da UNESP, sob a supervisão dos professores, encarregados da coordenação imediata do programa, iam para a Unidade e utilizavam o espaço do estacionamento da Unidade para que fizessem atividade física. E eram atividades logo pela manhã.

O atendimento era feito em grupos e o grupo tinha uma reunião mensal na unidade, toda semana tinha um grupo.

Basicamente são os grupos mais vulneráveis, de nível socioeconômico mais baixo, porque eram os frequentadores das unidades básicas de saúde. Na Vila Cristina eram os frequentadores especificamente desse porte. Diabético, ou hipertenso, ou as duas coisas, apenas eram pacientes da Unidade que faziam controle de diabetes e hipertensão.

Havia a questão do convite, e a pessoa, ela deveria estar apresentando uma dessas condições, eventualmente a hipertensão, o diabetes, a obesidade, alguma doença outra, como artrose, alguma coisa que pudesse comprometer a sua condição de saúde, que estivesse sob acompanhamento regular, e aí, mediante também à autorização do seu médico, pacientes que estavam sob uma condição um pouco mais estável, que não teriam uma diabetes descompensada ou hipertensão, eles estariam sendo direcionados a estarem procurando o programa, se assim o desejasse.

Não era obrigado a participar da atividade física para ter direito de ser consultado, não era uma coisa vinculada à outra. A parte da atividade física era assim, a ideia do projeto é que se dê a atividade física com essa intensidade relativamente baixa, moderada. Era o voluntário, uma opção para a melhoria do quadro clínico dele, mas não obrigatoriamente teria que participar.

Durante o primeiro mês foi dando palestras, sobre como fazer atividade física, o que é importante, o que não é, e também alguns exercícios que dava para fazer sentado, um alongamento, alguma coisa desse tipo. Mas logo assim, na primeira semana, na primeira ou segunda semana, primeira ou segunda reunião, já deu para perceber que as pessoas queriam fazer exercícios.

A gente foi tendo uma evolução muito bacana. Passava no departamento antes de ir para o postinho, e pegava tudo quanto era alternativa para fazer exercício. E a gente pegava bola, trave, aparelho de som, o que tinha a gente levava para tentar inovar as aulas.

Os idosos, na verdade, maioria era de idosos, ajudavam a gente também, e a gente fez muito material reciclado: encher garrafinha PET com água, depois com

areia, para fazer musculação, cabo de vassoura e toalha. Os alunos levavam às vezes bola, algum outro material para utilizar na atividade.

Lembro que uma caravana de alunos procurou o prefeito e disseram: “a gente está fazendo atividade aqui, só que a gente não tem nenhum material, precisava de mais apoio”. O prefeito ligou para primeira-dama e pediu para providenciar colchonetes. Aí eles compraram vários colchonetes para que pudessem fazer atividades sentados, deitados, para a gente ir melhorando os exercícios que eles teriam que estar fazendo.

Haviam avaliações, era muito humilde no começo, Era só de pressão, depois, quando a Prefeitura comprou as fitinhas para medir a glicemia, a gente levava os nossos aparelhos e media com a fitinha deles. Então já dava uma noção se eles estavam mais ou menos bem.

A gente fazia chamada, havia o acompanhamento com relação a essa frequência, conseqüentemente um incentivo à permanência, à conscientização da necessidade de se fazer de forma regular essa atividade. Inclusive nós tínhamos uma médica que dava um suporte para a gente, quando o paciente não vinha nas atividades, mas ele vinha na consulta porque eles estavam constantemente na Unidade íamos conversar com ele para saber o porquê ele não estava vindo. A gente sempre explicava a importância de não se ausentar.

Posteriormente avaliamos desde parâmetros laboratoriais, quanto parâmetros também das condições físicas desses pacientes, e também o acompanhamento em relação à utilização da própria medicação, no sentido de verificar se teria havido alguma redução nos medicamentos que estavam em uso. Então, e isso provavelmente seria, se não houvesse nenhuma outra mudança, atribuído a essa intervenção quanto à prática da atividade física.

A avaliação de composição corporal, nos primeiros seis meses do programa foi feito duas vezes, assim, logo no começo, depois de três meses, depois de seis meses.

#### 5.2.4 Pergunta 4 – Como era a Gestão do Programa? Havia recursos financeiros?

**Tabela 4** – Representações sociais dos entrevistados em relação à pergunta 4

<b>4 ) Como era a Gestão do Programa? Havia recursos Financeiros?</b>	
<b>A</b> gestão do programa	6 54,55 %
<b>B</b> recursos financeiros	5 45,45 %
TOTAL DE RESPOSTAS DA PERGUNTA	
<b>11</b>	

#### DSC 4 - Como era a gestão do programa? Havia recursos financeiros?

Universidade e governo? Em poucos lugares essas parcerias são fortes. Mas eu acho que é fundamental que a gente consiga esse tipo de parceria, porque a universidade não é só formadora de recursos humanos, a universidade não é simplesmente certificadora. Hoje fala-se também na outra missão, que é a inserção na própria sociedade. E isso é dito em todos os lugares. Da forma em que aconteceu o nosso programa, em particular, foi uma forma muito interessante, porque ele partiu da sociedade, de uma necessidade da sociedade, e na Universidade ele encontrou um meio de atender essa demanda.

Nós, na verdade, estávamos saindo na frente do que o Ministério da Saúde viria fazer posteriormente, a gente via que o caminho é esse. O Ministério da Saúde está começando a investir na questão da promoção mesmo à saúde, ainda de maneira muito tímida, mas está começando a atuar. E acho que o caminho que a gente trilhou na época, era um caminho que já adiantava essas propostas aí. E que eu acho que teve um efeito muito bom nas unidades, e para a população que se utilizava disso

Eu acho que, pelo menos da forma em que ele começou, houve uma integração assim, maravilhosa, a gente estava sempre em contato, a Unidade da Vila Cristina e a UNESP, mas assim, a Secretaria de Saúde sabia o que a gente estava buscando e sempre apoiando e achando assim, que foi válido tudo o que aconteceu lá, que abriu para outras Unidades.



No começo a gente não tinha nada, foi concebido para que não dependesse muito de recursos financeiros, o que nós tínhamos nesse momento era boa vontade, mas a gente não tinha financeiro nenhum Dinheiro, nada. A única coisa que a gente contava era com o auxílio para a pesquisa, que era o que nós tínhamos aqui. Mas não tinha verba, nem para extensão, porque a gente não tinha um programa assim, muito definido, e naquela época não tinha verba nenhuma, nós contávamos com a boa vontade e colaboração. A Prefeitura, ela foi até que foi muito simpática por um certo ponto de vista, porque um recurso mínimo, de fita para glicose, etc., eles arranjavam, demorava um pouco, mas eles davam alguma coisa e a gente ia fazendo. Depois, com um tempo, que a gente viu que a coisa começou a dar certo, que começou a abrir para as outras unidades, foi quando surgiu a nossa ideia de pleitear junto a Fundação o estágio remunerado para os alunos da Educação Física junto à Fundação. Na verdade, uma bolsa muito pequena, era mais uma ajuda de custo para eles se locomoverem. Mas era um valor pequeno e do município, local. O desejável seria que a prefeitura separasse parcela do orçamento para esse tipo de atendimento.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A escolha por estudar o Programa de Exercícios Físicos em Unidades de Saúde, implantado no Município de Rio Claro – SP, tem muito de desejo pessoal deste pesquisador, principalmente por ter relação profunda no processo de transformação do programa em política pública de saúde no Município.

Fazer parte do momento de expansão física e financeira de um modelo de intervenção proposto 5 anos antes de nosso envolvimento (ano de 2006) nos fez buscar informações sobre como teriam sido os primeiros passos dados.

O contato com as pessoas envolvidas, seus relatos informais, documentos do período e, principalmente, a evidente satisfação dos usuários das unidades de saúde que eram beneficiados com o programa, contaminou, no melhor sentido, nosso universo de ideias, instigando nosso espírito de pesquisador.

Assim, é consolidado o desejo de estudar o programa, tendo como recorte seu momento de elaboração e implementação ocorrido no ano de 2001.

Entendemos que cabe a esse momento do trabalho apresentar a visão do pesquisador como observador externo, expondo informações que extrapolam os limites do objetivo proposto pelo projeto de pesquisa.

Desde o início avaliamos a hipótese do pioneirismo da proposta, o que pudemos constatar neste trabalho ao promover a revisão bibliográfica das ações do Ministério da Saúde e também no que nos foi relatado nas entrevistas.

Os benefícios da atividade física para saúde, em especial no contexto das Doenças Crônicas Não Transmissíveis, já estavam sacramentados na literatura acadêmica e norteavam documentos de orientação das mais importantes instituições ligadas à saúde em todo o mundo. No entanto pouco se estudava (ou propunha) sobre intervenções com atividade física no âmbito da saúde.

A iniciativa de Rio Claro ganha destaque neste ponto, pois não somente se constitui como uma proposta de intervenção, como também se consolida como projeto de extensão universitária e política pública de saúde do município. Isso ocorre porque o programa é uma construção que envolve atores sociais que representam a Universidade e outros que representam o Poder Público Municipal.

Para Universidade o programa é um espaço para personalização do que é trabalhado em sala de aula e do que é pesquisado nos laboratórios. Para o Poder Público este representa uma intervenção direta em um setor específico da sociedade.

Essa parceria, Universidade e Município, ao longo dos anos extrapola as mudanças de Gestão Política, tendo em vista que nos 13 anos de sua existência o programa “sobrevive” a diversas trocas no comando da Secretaria de Saúde e a duas trocas de Prefeito. Sem dúvidas é possível reconhecer nesse quadro a consolidação do modelo de intervenção.

Quando a Coordenadora da Unidade de Saúde do Vila Cristina buscou no Campus de Rio Claro da UNESP ajuda para instituir um programa que oferecesse atividade física para os pacientes diabéticos e hipertensos de sua unidade, não sabia exatamente o que queria, mas tinha consciência do que poderia beneficiar à população.

O mesmo podemos sugerir para com os professores envolvidos, haja vista que esses tinham clara a importância da atividade física para saúde, mas não sabiam como materializar o conhecimento teórico em um programa de intervenção.

Os encontros entre esses atores, as visitas as dependências da Unidade de Saúde, as reuniões de grupo que envolveram alunos de Graduação e Pós-graduação e também servidores técnicos da Universidade, foram imprescindíveis para construção de um modelo viável e resolutivo.

Essa interação é evidenciada nas entrevistas que realizamos para este trabalho. A consonância dos relatos chamou nossa atenção. As declarações se repetem e se complementam, possibilitando uma certa facilidade na compreensão dos fatos.

Dentre as concordâncias encontradas nas entrevistas estão as declarações de que o programa não contava com recursos financeiros em seu início, tendo conseguido a compra de alguns materiais para dar suporte nas aulas algum tempo depois de implementada a ação.

Outro tema presente nas entrevistas é a satisfação dos participantes do programa, sua sensação de bem estar após as sessões de atividade física orientada.

Era inevitável que o programa fosse requisitado por outras unidades de saúde do município.

Isso ocorre após a definição do modelo da intervenção, com a descrição do ciclo das atividades, a frequência das aulas e das avaliações, que proporcionou a solidificação do programa na Unidade de Saúde “Vila Cristina” como parte da política de vigilância e promoção de saúde para os pacientes diabéticos e hipertensos que frequentavam a unidade, e também como Projeto de Extensão Universitária do Departamento de Educação Física da Unesp – Rio Claro, executado pelo Núcleo de Atividade Física Esporte e Saúde (NAFES).

No ano de 2004 o Programa de Exercícios Físicos em Unidades de Saúde já estava implantado em três unidades de saúde da cidade e também contava com um suporte financeiro, vindo da Fundação Municipal de Saúde, para custear os professores de educação física nessas unidades e também da Pró-reitoria de extensão da Unesp, o que permitia a manutenção do programa que podemos chamar de “padrão” na unidade de saúde “Vila Cristina”.

O grande passo para expansão do programa foi a aprovação do projeto enviado ao Ministério da Saúde, em 2006. Esse foi o primeiro edital de repasse financeiro para incentivo à implementação da vigilância e prevenção de doenças e agravos não-transmissíveis, com ênfase em ações relacionadas à estratégia global (práticas corporais e atividade física), sob a responsabilidade da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS).

Os recursos financeiros obtidos, entre os anos de 2006 e 2010, por meio dos editais do MS promoveram significativa transformação do programa, no momento em que esse passa a ser implantado gradativamente em um número maior de unidades de saúde além de possibilitar a aquisição de materiais para auxiliar nas aulas.

Cabe nesse momento uma crítica ao que ocorreu com as políticas de incentivo do MS. O fato é que os recursos financeiros dos editais da SVS possibilitaram que mais de 1000 Municípios brasileiros pudessem desenvolver programas de promoção de atividade física no sistema de saúde. Pouco dessas experiências foram incorporadas e em 2011 o Ministério da Saúde propõe um modelo de intervenção a ser adotado por todos os entes federados, o Academia da Saúde.

Nesse contexto temos pontos críticos a levantar: 1 – O programa Academia da Saúde põe fim aos recursos financeiros enviado as atividades planejadas e desenvolvidas que vinham acontecendo em diversos Municípios, o que provavelmente deve ter colocado um fim nessas ações; 2 – A implantação do Programa Academia da Saúde não foi imediata e são poucos os Municípios atendidos; 3 – Apesar do nome o Academia da Saúde não tem seu foco e objetivo fixado na promoção de ações para aumentos dos níveis de atividade física da população. 4 – Em seus documentos o Academia da Saúde propõe, entre seus objetivos, promover práticas corporais e atividade física, o que abre a possibilidade de que as ações sejam executadas por profissionais que não necessariamente sejam Profissionais de Educação Física, o que coloca a eficiência da intervenção em discussão.

O Programa de Exercícios Físicos em Unidades de Saúde do Município de Rio Claro superou o fim dos recursos provenientes da SVS muito por conta de seu modelo de gestão, envolvendo o Poder Público e a Universidade.

É importante apontar que entre 2001 – 2004, entre 2005 - 2008 e entre 2009 até os dias atuais o Município de Rio Claro vivenciou três diferentes governos, cada um com sua política de saúde, e o programa se manteve como parte dessa política.

Talvez possamos afirmar que houveram dois motivos para isso ter acontecido: 1 – o programa apresentava resolutividade dentro do sistema de saúde, e 2- os dois principais atores da gestão do programa, aqui nessa pesquisa caracterizados como MÉDICO e PROFESSOR 2, sempre estiveram em posições de protagonismo dentro do que chamamos de COLÔNIA em nossa metodologia, ou seja, o MÉDICO sempre esteve em espaços estratégicos na administração da Fundação de Saúde e o PROFESSOR 2 sempre teve seu trabalho reconhecido e respeitado pelos colegas e órgãos colegiados da universidade.

Quando sugerimos que o programa apresentava resolutividade dentro do sistema podemos relacionar os benefícios alcançados à saúde da população, documentado nas publicações realizadas pelos membros do Núcleo de Atividade Física Esporte e Saúde (NAFES). No entanto também podemos pautar o comprometimento do grupo de professores e de pesquisadores com o sistema de saúde.

Como exemplo temos a realização de dois eventos:

- O I Saúde Ativa Rio Claro, em 2008, que tem por objetivo reunir todos os alunos participantes do programa em uma manhã de atividade física, em local público, chamando atenção da população para um estilo de vida mais ativo. No ano de 2014 esse evento chega a sua XII edição;
- O I Encontro Municipal de Atividade Física e Saúde, realizado com a intenção de reunir Profissionais e Gestores da Secretaria de Saúde com Professores, alunos de graduação e de Pós-graduação, para discutirem a importância da inserção de programas de atividade física no sistema de saúde. A ideia era conscientizar todos os atores de que o programa inserido nas unidades era parte integrante da atenção básica e espaço importante de uma política de promoção de saúde. No ano de 2014 estará acontecendo a VI edição do evento, que cresceu e será um encontro paulista.

No ano de 2010 foi institucionalizada a parceria entre Município e Universidade no âmbito da saúde com a assinatura de um convênio entre o Prefeito Municipal e o Diretor do Instituto de Biociências. Sem dúvida alguma por reconhecimento das ações do Programa de Exercícios Físicos em Unidades de Saúde, então implantada em todas as unidades de saúde presentes na área urbana de Rio Claro e também em duas unidades distritais.

Neste momento iniciou-se uma nova fase da gestão do programa, tendo em vista que reconhecidamente este passava a fazer parte das ações de atenção básica à saúde de Rio Claro, incorporado as políticas de prevenção e tratamento não medicamentoso para DCNT.

Na estrutura da intervenção ou no relacionamento com as unidades de saúde nada mudou, até porque o modelo do programa há anos estava consolidada e era reconhecida. O grande desafio passou a ser o de tornar o programa uma política pública de governo, institucionalizada, transferindo as responsabilidades que ainda estavam com a Universidade por meio do NAFES para a Secretaria Municipal de Saúde.

O tamanho do programa há anos havia superado os limites de um projeto de extensão. Se fazia importante construir a mudança da Gestão Financeira e de

Recursos Humanos sem afastar a Universidade da intervenção, considerando que esta parceria é o grande diferencial do programa.

O primeiro passo na construção deste momento foi dado no ano de 2011 com a criação de quatro cargos de Profissional de Educação Física na estrutura da Fundação Municipal de Saúde. Seguiu-se, em 2012 com a realização do primeiro concurso público para a área e no ano de 2013 a convocação de um profissional, que teria o desafio de implantar o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) em Rio Claro.

No ano de 2014 a parceria entre a Universidade e o Município se mantém, no entanto a Fundação Municipal de Saúde de Rio Claro está convocando os outros profissionais de Educação Física aprovados no concurso público para assumirem as responsabilidades das aulas junto as Unidades de Saúde de Rio Claro – SP.

O Núcleo de Atividade Física Esporte e Saúde (NAFES) da UNESP Rio Claro permanecerá como parceiro da intervenção, promovendo encontro semanais entre os profissionais convocados, pesquisadores e alunos de graduação, contribuindo para a formação continuada e Gestão do programa, a fim de manter as características de ação em todas as unidades. Outro ponto importante a ser ressaltado é que o NAFES continuará responsável pela intervenção na Unidade de Saúde do Vila Cristina, espaço onde tudo começou, para que se mantenha as pesquisas e as propostas de inovações dentro do Programa de Exercícios Físicos em Unidades de Saúde.

Por fim, acreditamos que essa Tese se apresentou inovadora no âmbito das pesquisas em atividade física e saúde, ao proporcionar a discussão sobre os aspectos que envolvem a origem e a gestão de um programa de promoção de atividade física, em particular no Sistema de Saúde.

Compreendemos que a maior contribuição desse trabalho para o futuro das políticas públicas de intervenções de promoção de atividade física é a compreensão da construção coletiva do programa, o envolvimento de diversos atores. Assim, o Programa de Exercícios Físicos em Unidades de Saúde não se apresenta como um “Guia de Intervenção” a ser aplicado em todo o sistema de saúde, mas sim um instrumento de reflexão para formulação de novas propostas de intervenção dentro do Sistema Único de Saúde (SUS).

## REFERÊNCIAS

- ADAMS J.; WHITE M. Why don't stage-based activity promotion interventions work? **Health Education Research**, v 20, n 2, p. 237–243, 2005.
- ALVANTARA, A. N.; VESCE, G. E. P. As representações sociais no discurso do sujeito coletivo no âmbito da pesquisa qualitativa. In: **VIII Congresso Nacional de Educação - EDUCERE: Formação de Professores - edição internacional**, 2008, Curitiba. Anais.... Curitiba: PUC PR,. v.8., 2008. p.2208-2220.
- ALVES-MAZZOTTI, A. J. Usos e abusos dos estudos de caso. **Cad. Pesqui.**, São Paulo , v. 36, n. 129, 2006.
- AITTASALO, M.; MIILUNPALO, S.; KUKKONEN-HARJULA, K. PSANEN, M. A randomized intervention of physical activity promotion and patient self-monitoring in primary health care. **Prev. Med.**, v 42, n 1, p. 40-46, 2006.
- AMORIM, T.; KNUTH, A.; CRUZ, D.; MALTA, D.; REIS, R.; HALLAL, P. Descrição dos programas municipais de promoção da atividade física financiados pelo Ministério da Saúde. **Rev. bras. ativ. fís. Saúde**, v 18, n 1, 2013.
- Bandura A. **Social Foundations of Thought and Action**. Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 1986.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BERMAN, M. **Tudo que é sólido se desmancha no ar: a aventura da modernidade**. São Paulo: Companhia das Letras, 1986.
- BRASIL. Presidência da República. **Lei n. 8.080 de 19 de Setembro de 1990**.
- BRASIL. RESOLUÇÃO N.º 218, DE 6 DE MARÇO DE 1997. **Reconhecer como profissionais de saúde de nível superior as seguintes categorias**. Diário Oficial, Brasília, 1997.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Sistema Único de Saúde (SUS): princípios**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.
- BRASIL. PORTARIA Nº 1.893 DE 15 DE OUTUBRO DE 2001. **Instituir o Programa de Promoção da Atividade Física, a ser coordenado pela Secretaria de Políticas de Saúde**. Diário Oficial, Brasília, 2001a.



BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001b.

Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial. **Hipertensão arterial sistêmica (HAS) e Diabetes mellitus (DM): protocolo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001c.

Brasil. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. **Avaliação do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Programa Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde: diretrizes técnicas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no 399. **Divulga o Pacto pela Saúde 2006 — Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto**. Diário Oficial da União, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Edital n. 2 de 11 de Setembro de 2006: selecionar Projetos de Incentivo à Vigilância e Prevenção de Doenças e Agravos Não Transmissíveis, com ênfase em ações relacionadas à Estratégia Global (Práticas Corporais e Atividade Física) em Municípios, Estados e Distrito Federal**. Diário Oficial, 2006d.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2006: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2007: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008a.

Brasil. Ministério da Saúde. **Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de DCNT: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência**. Brasília: Ministério da Saúde; 2008b

BRASIL. Portaria 154/2008. **Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF**. Brasília, DF, 2008c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2008: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2009: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: Ministério da da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2010: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022**. Brasília: Ministério da Saúde; 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 719 GM/MS de 07 de abril de 2011: **Institui o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Diário Oficial da União, 2011c

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2011: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2011: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

BRASIL. LEI Nº 12.864, DE 24 DE SETEMBRO DE 2013. Altera o caput do art. 3º da Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, **incluindo a atividade física como fator determinante e condicionante da saúde**. Diário Oficial, Brasília, 2013b.

BULWER, B.E.M.M. Sedentary Lifestyles, Physical Activity, and Cardiovascular Disease: From Research to Practice. Critical Pathways in Cardiology. **Journal of Evidence-Based Medicine**, 3, p. 184-93, 2004.

CAMARGO, L.O.L. **O que é lazer**. São Paulo: Brasiliense, 1986.

Centers for Disease Control and Prevention. **Physical activity and health: a report of the Surgeon General**. Atlanta: National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, 1996.

CENTER DISEASES CONTROL AND PREVENTION. **The CDC Guide to strategies for increasing physical activity in the community**. Atlanta, GO: Department of Health and Human Services, 2010.

COELHO, C. F.; BURINI, R. C. Atividade física para prevenção e tratamento das doenças crônicas não transmissíveis e da incapacidade funcional. **Rev. Nutr. [online]**, vol.22, n.6, p. 937-946, 2009.

CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE – SP. **Cartilha para orientação aos conselheiros de saúde**. Secretaria Estadual de Saúde, 2008.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE – CONASS. Documenta, n. 2: Atenção Primária – **Seminário do CONASS para Construção de Consensos**. Brasília, 2004.

COOPER, D.; SCHINDLER, P. **Métodos de Pesquisa em Administração**. São Paulo: Bookman, 2002

Department of Health & Human Service. Physical activity and health: **a report of surgeon general** [cited 2007 Oct 9]. Available from: <<http://www.surgeongeneral.gov/library/reports.htm>>

DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. **Physical Activity Guidelines for Americans**. 2008.

DISHMAN, R. Increasing and maintaining exercise and physical activity. **Behavioural Therapy**, v 22, p 345-78, 1991.

DYE, T. R. Mapeamento dos modelos de análise de políticas públicas. In: HEIDEMANN, F. G.; SALM, J. F. (Org.). **Políticas públicas e desenvolvimento: bases epistemológicas e modelos de análise**. Brasília: UNB, 2009.

DUCA, G. F.; NAHAS, M. V.; MOTA, J.; Garcia, L. M. T.; HALLAL, P. C.; PERES, M. A. Prevalence and sociodemographic correlates of all domains of physical activity in Brazilian adults. **Preventive Medicine**, v 56, p. 99-102, 2013.

DUSSAULT, G. A gestão dos serviços públicos de saúde: características e exigências. **Revista de Administração Pública**, 26, 2013.

FERNANDES, R. A.; CHRISTOFARO, D. R. D.; CASONATO, J.; ROSA, C. S. C.; COSTA, F. F.; FREITAS JÚNIOR, I. F.; MONTEIRO, H. L.; ARLI RAMOS DE OLIVEIRA, A. R. Leisure time behaviors: Prevalence, correlates and associations with overweight in Brazilian adults. A cross-sectional analysis. **Rev Med Chile**, v 138, p 29-35, 2010.

FERREIRA, P.A.; ALENCAR, E.; PEREIRA, J.R. Revisando o modelo processual de análise de políticas públicas a partir das relações entre Estado e Sociedade. In\_ **VI Encontro Nacional de Pesquisadores em Gestão Social**. São Paulo, 2012.

FIQUEIREDO, M. Z. A.; CHIARI, B. M.; GOULART, B. N. G. Discurso do Sujeito Coletivo: uma breve introdução à ferramenta de pesquisa QualiQuantitativa. **Distúrb Comun**, São Paulo, v 25, n 1, p129-136, 2013.

FREITAS, H.; et. al. O método de pesquisa survey. São Paulo. **Revista de Administração da USP**. v. 35, n. 3, p.105-112, 2000.

FLORINDO A.A.; GUIMARÃES V. V.; CESAR C. L. G.; BARROS M. B. A.; ALVES M. C. G. P.; GOLDBAUM M. Epidemiology of leisure, transportation, occupational and household physical activity: prevalence and associated factors. **J Phys Act Health**. V 6, n 5, p 625-32, 2009.

FLORINDO, A. A.; MIELKE, G. I.; GOMES, G. A. O.; RAMOS, L. R.; BRACCO, M. M.; PARRA, D. C; SIMOES, E. J.; LOBELO, F.; HALLAL, P. C. Physical activity counseling

in primary health care in Brazil: a national study on prevalence and associated factors. **BMC Public Health**, London, v.13, p.794, 2013.

FREY, K. Políticas públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil. **Planejamento e políticas públicas**, Brasília, n. 21, p.211-259, 2000.

GIDLOW, C.; JOHNSTON, L.H.; CRONE, D.; ELLIS, N.; JAMES, D. A systematic review of the relationship between socio-economic position and physical activity. **Health Education Journal**, v.5, n.4, p.338-367, 2006.

GOMES, G. A. O. Participação em um programa de exercícios físicos em unidades de saúde da atenção básica e níveis de atividade física de adultos idosos. **Tese (Doutorado em Ciências da Motricidade)** - Instituto de Biociências, Universidade Estadual Paulista, Rio Claro, 2012.

GOULART, L. L. O Canto das Senhoras: Análise do Discurso do Sujeito Coletivo de Velhas Mulheres na Ponta do Tubarão, no Rio Grande do Norte. **Dissertação de mestrado**, Ciências Sociais, UFRN, 2007.

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ. Secretaria da Saúde. **Informe Epidemiológico: Doenças Crônicas Não Transmissíveis**. 2013.

GORDON, C.C; CHUMLEA, W.C; ROCHE, A.F. Stature, recumbent length, and weight. In: Lohman TG; Roche, AF; Martorell R. Anthropometric standardization reference manual. Champaign: **Human kinetics**, p.39-54, 1991.

GUERRA, I. C. **Pesquisa qualitativa e análise de conteúdo**: sentidos e formas de uso. Cascais: Principia, 2006.

GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. **Tratado de Medicina da Família e Comunidade**: Princípios, formação e prática. Porto Alegre: Artemed, 2012

HALLAL, P. C.; BAUMAN, A. E.; HEATH, G. W.; KOHL, H. W.; LEE, I.; PRATT, M. The challenge of assessing physical activity in populations. **The Lancet**, v. 380, n. 21, p. 1555-1556, 2012.

HALLAL, P. C., L. B. ANDERSEN. Global physical activity levels: surveillance progress, pitfalls, and prospects. **Lancet**, v.380, n.9838, p.247-57. 2012.

HALLAL, P.C.; MATSUDO, S.M.; MATSUDO, V.R. et al. Physical activity in adults from two Brazilian areas: similarities and differences. **Cad Saúde Pública**, v.21, n.2, p.573-580, 2005.

HARRISON, G. G.; BURSKIK, E. R.; CARTER, J. E. L.; JOHNSTON, F. E.; LOHMAN, T. G.; POLLOCK M. L.; ROCHE A. F.; WILMORE, J. Skinfold thicknesses and measurement technique. In: Anthropometric standardization reference manual. **Human kinetics**, p.55-70, 1991.

HASKELL, W.L; LEE, I.; PATE, L.L; POWELL, K.E; BLAIR, S.N; FRANKLIN, B.A. Physical Activity and Public Health. Updated Recommendation for Adults From the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. **Circulation**. v 116, n 9, p 1081-93, 2007.

HIRVENSALO, M.; HEIKKINEN, E.; LINTUNEN, T.; RANTANEN, T. O efeito do aconselhamento por profissionais de saúde sobre o aumento da atividade física dos idosos. **Scand J Med Sci Sports**, n 13, v 4, p231-236, 2003.

Heath, G. W., PARRA, D. C.; SARMIENTO, O. L.; ANDERSEN, L. B.; OWEN, N.; GOENKA, S.; ROSS, F. M. Evidence-based intervention in physical activity: lessons from around the world. **The Lancet**, v 380, p.272-281, 2012.

HEIDEMANN, F. G.; SALM, J. F. **Políticas públicas e desenvolvimento: bases epistemológicas e modelos de análise**. Brasília: UNB, 2009.

JACKSON, A.S.; POLLOCK, M.L.; WARD, A. Generalized equations for predicting body density of women. **Med Sci Sports Exerc** , v 12, n 175-82, 1980.

JACKSON, A.S.; POLLOCK, M.L.; WARD, A. Generalized equations for predicting body density of men. **Br J Nutr**, v. 40, p 497-504, 1978.

JUNIOR, P. F. P. O.; MARCHIORI, M.; PACAGNAN, M. N. Contribuições da Metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) para Investigação da Estratégia como Prática. In\_ **VI Encontro de Estudos em Estratégia**. Bento Gonçalves, 2013.

KAHN, E. B.; RAMSEY, L. T.; BROWNSON, R. C.; HEATH, G. W.; HOUZE, E. H.; POWEL, K. E.; STONE, E. J.; RAJAB, M. W.; CORSO, P. The effectiveness of interventions to increase physical activity. A Systematic review. **Am J Prev Med**, v 22 n 4S , p73-107, 2002.

KOKUBUN, E.; LUCIANO, E ; SIBUYA, C ; QUEIROGA, M. R.; RIBEIRO, P. A. B.; SILVEIRA, R; NAKAMURA, P. M. Programa de atividade física em unidades básicas de saúde: Relato de experiência no município de Rio Claro-SP. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, v. 12, p. 45-53, 2007.

LEE, I.; SHIROMA, E.; LOBELO, F; PUSKA, P.; BLAIR, S. N. KATZMARZYK, P. T. Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. **The Lancet**, v. 380, n. 21, p. 219-229, 2012.

LEFRÈVRE, A. M.; LEFRÈVRE, F. **O discurso do sujeito coletivo**: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos). Caixias do Sul: EDUCS, 2003.

LEFRÈVRE, A. M.; LEFRÈVRE, F.; MARQUES, M.C.C. Discurso do Sujeito Coletivo, complexidade e auto-organização. **Ciências e Saúde Coletiva**, v 14, n 4, p1193-1204, 2009.

MALTA, D. C. et al. Construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do sistema único de saúde. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 15, p. 47-64, 2006.

MALTA, D. C.; OLIVEIRA, M. R.; MOURA, M. R.; SILVA, S. A.; ZOUAIN, C. S.; SANTOS, F. P.; NETO, O. L. M.; PENNA, G. O. Fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis entre beneficiários da saúde suplementar: resultados do inquérito telefônico Vigitel, Brasil, 2008. **Ciência & Saúde Coletiva**, v 16, n 3, p 2011-2022, 2011.

MALTA, Deborah Carvalho, CASTRO, Adriana Miranda de, GOSCH, Cristiane Scolari et al. National policy of health promotion and the motor activity agenda in the context of the National Health System in Brazil. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v.18, n.1, p.79-86, 2009.

MASSON, C.R.; DIAS-DA-COSTA, J.S.; OLINTO, M.T.A. et al. Prevalência de sedentarismo nas mulheres adultas da cidade de São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad Saúde Pública**, v.21, n.6, p.1685-1694, 2005.

MARTINS, M.O. Estudo dos fatores determinantes da pratica de atividades físicas de professores universitários. **Dissertação (Mestrado em Educação Física)**, Universidade Federal de Santa Catarina, março de 2000.

MATSUDO, V.; MATSUDO, S.; ANDRADE, D. Promotion of physical activity in a developing country: the Agita Sao Paulo experience. **Public Health Nutr**, v 5, p253–61, 2002.

MEIHY, J. C. S. B. **Manual de história oral**. São Paulo: Loyola, 1996.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

NAHAS, Markus Vinicius; GARCIA, Leandro Martin Totaro. Um pouco de história, desenvolvimentos recentes e perspectivas para a pesquisa em atividade física e saúde no Brasil. **Rev. bras. educ. fís. esporte** , São Paulo , v. 24, n. 1, 2010 .

NAHAS, M.V. Revisão de métodos para determinação da atividade física habitual em diversos grupos populacionais. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, Londrina, v.1, n.4, p.27-37, 1996.

NIGG, C. R. There Is More to Stages of Exercise than Just Exercise. **Exercise & Sport Sciences Reviews**, v 33, p 32-35, 2005.

OMRAN A. R. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. **Bull World Health Organ**, v 79, p 161-70, 2001.

ORROW, G.; KINMONTH, A. L.; SANDERSON, S.; SUTON, S. Eficácia da promoção da atividade física com base na atenção primária: revisão sistemática e meta-análise de ensaios clínicos randomizados. **BMJ** , v 344, p1389, 2012.

OSNESS, W. H. **Functional fitness assessment for adults over 60 years**. Reston: American Alliance for Health, Physical Education, Recreation and Dance, 1990.

Pate RR, Pratt M, Blair SN, Haskell WL, Macera CA, Bouchard C, et al. Physical Activity and Public Health. A recommendation of the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. **JAMA**, v 273, n 5, p 402, 1995.

PRATT, M.; NORRIS, J.; LOBELO, F.; ROUX, L.; WANG, G. The cost of physical inactivity: moving into the 21st century. **Br J Sports Med.**, v 48, n 3, p171-3, 2014.



POCHASKA, J.; DICLEMENTE, C. Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, v 19, p 276-88, 1982.

REINER, M. et al. Long-term health benefits of physical activity – a systematic review of longitudinal studies. *BMC Public Health*, 13, p 813, 2013.

RIBEIRO, F. A. Atenção primária (APS) e Sistema de Saúde no Brasil: uma perspectiva histórica. **Dissertação (Mestrado)** - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Departamento de Medicina Preventiva. São Paulo, 2007

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. São Paulo: Atlas, 1989.

SALLIS, J. F.; HOVEL, M. F.; HOSFSTETTER, C. R. Predictors of adoption and maintenance of vigorous physical activity in men and women. *Prev Med*, v 21, p 237-251, 1992.

SALLES-COSTA, R.; HEILBORN, M.L.; WERNECK, G.L. et al. Gênero e prática de atividade física de lazer. *Cad Saúde Pública*, v.9, 2003.

SANTOS, R. D. et al. III Diretriz Brasileira sobre Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose. Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia. *Arq Bras Cardiol*. v 77, Supl 3, 2001.

SEEFELDT, V.; MALINA, R. M.; CLARK, M. A. Factors Affecting Levels of Physical Activity in Adults. *Sports Med*, v 32, n 3, p 143-168, 2002.

SHERWOOD, N. E.; JEFFERY, R. W. The behavioral determinants of exercise: Implications for Physical Activity Interventions. *Annu. Rev. Nutr*, v 20, p 21-44, 2000.

SCHRAMM, J.M.A. et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 9, n. 4, p. 897-908, 2004.

SELTZ; JAHODA; DEUSTSCH; COOK. **Métodos de Pesquisa nas Relações Sociais**. São Paulo: Heder, 1967.

SOUZA, H. M. **Programa Saúde da família: uma proposta que conquistou o Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Health and Development Through Physical Activity and Sport**. Switzerland, 2000.

World Health Organization. **Global Health Risks**. 2009

TAYLOR, W.C.; BARANOWSKI, T.; YOUNG, D.R. Physical Activity Interventions in Low-Income, Ethnic Minority, and Populations with Disability. **Am J Prev Med.**, v.15, n.4, p.334-343, 1998.

TEIXEIRA, S. M. F. **Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde**. Rio de Janeiro: FGV, 2007.

TINOCO, D. S. Análise sequencial de políticas públicas nas abordagens da ciência política e da gestão (Management). **Cad. EBAPE.BR**, v. 8, n. 1, 2010

TINOCO, D. S. Modelos Contemporâneos de análises de políticas públicas na França: análise sequencial, análise cognitiva e análise de redes. **INTERFACE**, v. 5, n. 1, 2008.

TREVISAN, Andrei Pittol; VAN BELLEN, Hans Michael. Avaliação de políticas públicas: uma revisão teórica de um campo em construção. **Rev. Adm. Pública**, v. 42, n. 3, jun. 2008 .

VENTURA, M. M. O Estudo de Caso como Modalidade de Pesquisa. **Rev. SOCERJ**, v. 20, n. 5, p. 382-386, 2007.

YIN, R. K. **Estudos de caso: planejamento e métodos**. Porto Alegre: Bookman, 2005.

# APÊNDICE I

## TRANSCRIÇÃO

Américo Valdanha Netto

—

COORDENADOR DA UNIDADE DE SAÚDE

### **PARTICIPANTES**

P: Pesquisador (Américo)

R: Participante (COORDENADOR DA UNIDADE DE SAÚDE)

### **TEMPO DE GRAVAÇÃO**

24 minutos

### **LEGENDA**

... → pausa ou interrupção.

(inint) → palavra ou trecho ininteligível.

(palavra) → incerteza da palavra transcrita / ouvida.

((comentários de transcrição))

---

(INÍCIO)

(...) ((conversa informal))

P: Então para a gente começar me diz o seu nome todo e a sua função no período, seu envolvimento com a saúde.

R: Meu nome é COORDENADOR DA UNIDADE DE SAÚDE.

P: Com 'T'-'H'?

R: Não, é com 'S' e 'T'-'E'.

P: Ótimo.

R: Minha formação acadêmica é Serviço Social e fiz pós-graduação na área de Saúde Pública na USP. Na época eu era coordenadora da Unidade Básica do Vila Cristina, que tem o nome do Doutor Silvio não é? Silvio Arnaldo Piva. Então nós partimos do seguinte, que eu comecei a ficar muito incomodada...

P: Ano?

R: Ah, eu fiquei lá no Vila Cristina 8 anos. Então eu saí de lá em 2005, janeiro de 2005 eu saí, então isso dá...

P: 97...

R: 96... 97, por aí já, tá? Exatamente a data agora eu já não estou me lembrando. E eu ficava muito incomodada pelo seguinte, nós tínhamos um volume muito grande de pacientes, porque é uma região bem populosa, lá do Vila Cristina. E era assim, muitos pacientes com problemas de diabetes, pressão alta e constantemente passa ali consulta, e aquela coisa que não se controlava, não diminuía, muito pelo contrário, aumentava o número de pacientes, assim, 'significativamente', vamos dizer. Então eu comecei a ficar, por ter essa visão de saúde pública - não é? - que eu acho que isso muda muito o olhar do profissional na área de saúde e eu tentei começar a buscar alguma coisa que eu pudesse ajudar e colaborar para tentar modificar esse quadro. E foi pensando, pensando e pensando, até que um dia brotou ((tlec)), eu costumo dizer que um anjinho soprou no meu ouvido e eu falei: "Eu vou procurar a UNESP, no setor de Educação Física para ver se a gente consegue uma parceria para estar fazendo alguma coisa". E marquei uma entrevista lá com o Eduardo [Kokubun] e fui eu e a assistente social Sônia que já se aposentou também, trabalhava lá na Unidade comigo. Quando nós chegamos lá e começamos a conversar com o Eduardo, eu não sabia explicar para ele exatamente o que eu queria, mas eu dizia a ele que eu queria

alguma coisa, né? E ele também não sabia o que ele teria para me oferecer. E foi nesse “não sei o quê quero” e “não sei o quê eu tenho” e a gente foi sentando, conversando, ajustando, né. E chegamos nessa questão de fazer um projeto para uma atividade física dentro da Unidade para os pacientes diabéticos e hipertensos. E aí nós começamos. Eram 3-4 pessoas, aí de repente o grupo cresceu, cresceu e cresceu e assim, eu tenho fotos que têm 40 pessoas mais ou menos na atividade física, com festas juninas e com direito a tudo, né.. E foi quando, na época era o Stivalli, o Secretário de Saúde, ele achou na avaliação que ele fez da Unidade, do projeto que a gente estava fazendo e que estava dando certo. e resolveu começar a colocar em outras unidades também. Então daí começaram a aparecer outras unidades com os próprios estudantes, daí que o Eduardo determinava para cada unidade e fomos ampliando esse leque. Nós chegamos a escrever esse projeto, tá? Quando Lars Grael esteve aqui em Rio Claro visitando o Centro de Habilitação Infantil, nós entregamos a ele, ele achou a ideia maravilhosa, ele levou para Brasília uma cópia do nosso projeto. Mas eu não tive retorno de nada do que aconteceu com esse projeto lá, a nível de Brasília tá? E continuamos aqui com as nossas atividades nesse período. Depois eu fui embora também, perdi o contato, não sei o que mais que ocorreu nesse período.

P: O Bete, naquele momento de conversa entre você e o professor Eduardo, que vocês estavam tentando chegar...

R: ... numa parceria.

P: ... num modelo? Unir algo...

R: ... alguma coisa.

P: ... vocês estavam pensando na situação de saúde do país? No que poderia contribuir? Resolver o quê?

R: Não, eu acho que naquele momento a gente não pensou tão grande assim. Nós pensamos bem pequenininho, era bem assim, ‘pé no chão’, era de tentar resolver aquele problema que nós tínhamos bem debaixo do nosso nariz, que era, a princípio, a Unidade da Vila Cristina.

P: Tá.

R: Posteriormente passou a ser a cidade de Rio Claro. Quando nós entregamos o projeto, que foi parar em Brasília, nós apenas comentamos entre nós: “Puxa, será que

a gente vai poder contribuir tanto assim para a Saúde?” né. Mas ficou nisso, foi só um comentário entre nós.

P: Você me disse de você e o professor Eduardo...

((corte na gravação))

P: ... construção. Logo depois começaram as primeiras atividades, você consegue me lembrar quem são as pessoas que participaram desse pontapé inicial?

R: Ah, eu não consigo lembrar o nome de todo mundo agora.

P: Fica tranquila.

R: No projeto que nós escrevemos, que não foi somente eu e o Eduardo, nós temos o Elênio que elencado nos nomes de todos os que contribuíram.

P: Ótimo.

R: Agora, os primeiros alunos que foram lá, que começaram, eu não tenho. Mas o Eduardo deve ter. Porque ele tinha uma folha de frequência deles que eu tinha que visar para que os alunos apresentassem, porque entrava como, eu acho que carga de estágio, alguma coisa para eles. Porque era o único benefício deles, tá? Não tinha financeiro nenhum nesse momento aí.

P: Quais eram os objetivos desse programa que vocês idealizaram? O objetivo de vocês com isso?

R: Não sei se eu vou me lembrar exatamente tudo o que nós colocamos lá, mas que eu me lembre, assim, o nosso objetivo era melhorar a saúde desses pacientes e melhorar a qualidade de vida - tá? – e... e assim, tentar mostrar para a população, até porque isso começou a chamar a atenção de outros pacientes, que não faziam parte do grupo então escolhido no momento, de que você pode ter uma melhoria de saúde, melhoria de tudo na tua vida, no teu organismo, com pequenas coisas de atividades físicas que você faça, tá? E se eu me recordo nesse projeto, a gente tem bem especificado os nossos objetivos em relação a isso.

P: Ótimo.

R: Eu me comprometo a te arrumar uma cópia. ((riso))

P: Obrigado. ((acha graça)) Você entende que o modelo proposto foi bom? Foi certo? A ideia que vocês propuseram deu certo?

R: Eu tenho certeza de que sim.

P: Ótimo. Então vamos passar para um outro item que é o foco do Programa. De certa forma você já me respondeu essas questões, tá? Mas qual era o foco do Programa? Geográfico, socioeconômico, grupo vulnerável, qual que era?

R: O nosso foco era pegar os hipertensos e diabéticos.

P: Diabéticos e hipertensos de Rio Claro?

R: Não. Naquele momento da Unidade Básica de Saúde da Vila Cristina.

P: Quais eram os critérios de inclusão? Então era ser diabético ou hipertenso.

R: Diabético, ou hipertenso, ou as duas coisas, né.

P: E essas pessoas já eram participantes de outro Programa ou não?

R: Não, não. Eles apenas eram pacientes da Unidade e faziam controle de diabetes e hipertensão.

P: Ótimo. Tinha um acompanhamento da permanência da pessoa no Programa?

R: Sim, a gente procurava acompanhar e inclusive também nós tínhamos uma médica, a doutora Elisa também, que dava um suporte para a gente – né – se parte médica e assim, quando o paciente não vinha nas atividades e tudo, mas ele vinha na consulta porque eles estavam constantemente na Unidade, nós, eu principalmente ou a Sônia íamos conversar com ele para saber o porquê ele não estava vindo. Tinha uns que falavam, “Ah eu não estou gostando”. Então nós tentávamos, vamos dizer assim, sensibilizá-lo de que aquilo era bom para ele, de quanto era importante. Mas assim, todos ficavam à vontade. Não era obrigado a participar da atividade física para ter direito de ser consultado, de receber... de problema de saúde. Não era uma coisa vinculada à outra. A parte da atividade física era assim, uma opção para a melhoria do quadro clínico dele, mas não obrigatoriamente teria que participa.

P: E existia alguma avaliação sobre o Programa? Os pacientes que estavam participando do Programa tinham alguma melhora, se tinha alguma melhora...

R: Não chegamos a fazer esse parâmetro dessa medição, não.

P: Tá.

R: Naquele momento, assim, a gente não, eu acho que a gente estava assim muito 'inocente', muito 'cru' em termos de projeto ou de pensar muito alto. A gente estava muito pobre nos sonhos. ((riso))

P: Entendi. Pensando no...

R: Certo.

P: Com o é que funcionava? Qual o período? Em que espaço era feito? Quem eram os profissionais? Vezes por semana?

R: Tá. Era assim, tinha duas vezes por semana que, eu me lembre, que eles iam lá, os alunos da UNESP iam para a Unidade e utilizavam o espaço do estacionamento da Unidade para que fizessem atividade física. Consegui que a Secretaria de Saúde, a Fundação, na época comprasse colchonetes para que eles pudessem fazer atividades sentados, deitados, para a gente, como diz assim, melhorando os exercícios que eles teriam que estar fazendo. Então eu tive essa retaguarda, nós fizemos o pedido, ganhamos todos os colchonetes e os alunos levavam às vezes bola, algum outro material para utilizar na atividade.

P: Quais os profissionais ali da Unidade que estavam, que se envolviam com o Programa?

R: Os mais envolvidos estávamos eum que era a coordenadora, a Sônia assistente social e às vezes ficavam uma ou outra pessoa, aqui da enfermagem que também fazia parte do programa de controle da hipertensão e diabetes, tá? Então era assim, mas, esse outro profissional era mais esporádico. Agora, eu com a Sônia, a gente procurava acompanhar mais de perto.

P: O pessoal da UNESP que era responsável por dar a aula, eles fizeram algum tipo de treinamento com essa equipe, palestra, ou tipo, para saberem, "Olha é isso que nós vamos fazer, por conta disso" ou não?

R: Você diz para os pacientes?

P: Para os profissionais.



R: Para os profissionais? Assim, todo... não chegou a ser feito palestra, não. A gente tinha algumas reuniões, que nós abríamos para quem quisesse participar, né, mas foi o que eu falei para você, a gente estava muito inocente também no que estava fazendo. Porque como o princípio foi “não sei o quê quero” e “não sei o quê eu tenho para oferecer”, ((acha graça)) a gente, eu acho que foi meio que assim, pecamos em muitas coisas.

P: Tá.

R: Tá? Que de repente foi um marco, né, um pontapé inicial para uma série de coisas que estão desencadeando aí, mas a gente não se preocupou com nada disso. Mas assim, a Unidade, os profissionais sabiam de que estava sendo feito. Era do conhecimento de todo mundo, dos médicos, de todo mundo. Até o pessoal da limpeza, de vez em quando iam lá espiar, porque achavam bonito, porque gostavam, entendeu? E cada um ia ‘ver-te com os olhos’, mas nada assim, vamos dizer profissional, nada pensando numa coisa maior.

P: Quais as estratégias que vocês usavam para fazer as pessoas participarem do Programa?

R: Convidando e tentando sensibilizar da necessidade da atividade física para ela.

P: Você acredita que o Programa contribuía para o que era proposto?

R: Com certeza.

P: Pensando na gestão do Programa, talvez essa daqui você não teria muita relação, mas fique à vontade, tá? Quem eram os envolvidos, as instituições ou pessoas envolvidas na gestão do Programa?

R: Do Programa...

P: De atividade física lá na Unidade.

R: Só a Unidade da Vila Cristina e a UNESP.

P: E a UNESP. Então o município e a cidade ali representados.

R: Sim. Eu quero dizer que assim, foi a Vila Cristina que...

((corte de gravação))

R: ... mas assim, a Secretaria de Saúde sabia o que a gente estava buscando e sempre apoiando e achando assim, que foi válido tudo o que aconteceu lá, que abriu para outras Unidades.

P: Ótimo.

R: E que existia uma proposta da gente, e principalmente minha e do Eduardo, que se conseguisse estágio, até talvez remunerado para os estudantes da Educação Física da UNESP dentro da Fundação Municipal de Saúde, que eu também não sei que rumo que isso tomou depois.

P: No fim eu te conto.

R: ((acha graça))

P: As pessoas envolvidas na gestão, tanto a UNESP quanto a Fundação de Saúde se sentavam periodicamente para conversar, para discutir, para debater, para propor...

R: Sentávamos eu e o Eduardo e a equipe do Vila Cristina, mais.

P: Tudo bem, mas essa era a coordenação do Programa, sentavam.

R: Sim, sentávamos, a gente estava sempre em contato, o Eduardo é uma pessoa assim, excelente para trabalhar com ele e muito inteligente, muito... sempre, qualquer dúvida eu ligava para ele e ele estava sempre na Unidade acompanhando os alunos, dando retaguarda para mim, e me tirando às vezes de algum sufoco, mas ele estava sempre ali.

P: Legal.

R: Sempre presente.

P: Dinheiro, o Programa tinha dinheiro?

R: Não.

P: Veio a ter?

R: Não, não sei. Não sei. O que nós tínhamos nesse momento era eu e o Eduardo com a boa vontade. Dinheiro, nada. Depois, com um tempo, que a gente viu que a coisa começou a dar certo, que começou a abrir para as outras unidades, foi quando surgiu a nossa ideia de pleitear junto a Fundação o estágio remunerado para os alunos

da Educação Física junto à Fundação. Só isso, mas a gente não tinha financeiro nenhum, nenhum, nenhum. Nem para a UNESP e nem para...

P: A equipe que era envolvida nessa operacionalização, o professor Eduardo, você, o pessoal da sua Unidade, eram dedicados e motivados?

R: Com certeza.

P: Acreditavam, abraçavam a coisa?

R: Com certeza.

P: Bete...

R: Se a gente não acreditasse eu acho que assim ó! Primeiro, se eu não tivesse acreditado e me empenhado junto com o pessoal da UNESP para se fazer esse projeto, eu não estaria aqui diante de você nesse momento, tá? Então eu acho que é assim, eu acho que a gente pode ter pecado por um monte de coisa que a gente não relatou, não escreveu, não filmou, não fez nada, mas a gente plantou uma semente. E eu fiquei muito emocionada hoje de você me procurar, por que assim, foi... está dando fruto, a minha árvore. Me desculpa, mas eu sou uma pessoa emotiva, tá? E realmente assim, eu achei que era tudo brincadeira do doutor Geraldo e eu estou vendo que a coisa foi muito mais além. A gente só plantou uma semente, mas uma semente que deu fruto.

P: Eu vou te contar do canalial que virou isso aí, já. Sinta-se à vontade agora, a gente está encerrando, para você me dizer o que você quiser, se você acha que faltou algo que eu não perguntei, algo que você lembre, que você queira e que seja pertinente.

R: Não, eu não sei. Eu não consigo, não estou conseguindo lembrar de mais nada. Assim, eu gostaria apenas que você me deixasse um contato seu, porque se eu me lembrar de alguma coisa, com certeza eu vou estar anotando e eu quero estar te passando...

P: E eu vou te pedir as coisas que você disse que tem, eu faço cópia, as fotos eu faço uma cópia e te dou de volta.

R: ... eu arrumo sim...

P: Isso é legal.

R: ... para você. E eu só quero assim, eu só tenho a agradecer, tá?

P: Obrigado você.

R: E assim, dizer que foi realmente assim, para mim, uma emoção muito grande de estar aqui diante de você falando sobre isso, que já faz tanto tempo que ficou lá para trás. Fico muito triste de talvez não ter dado-se continuidade nas coisas todas que a gente sabe que cada um trabalha de uma maneira né. Mas foram 8 anos da minha vida dedicados integralmente para aquela população da Vila Cristina. E esse foi uma das crianças geradas lá, e com certeza, com muito amor e carinho.

P: Ótimo. Só para a gente terminar, eu vou pedir para você, independente de você já saber quem eu entrevistei ou não, tá? É praxe, eu preciso disso, que você me indique o nome de alguém, uma, duas, três, quantas você achar que deva, quem você acha que eu deveria, “Honório, você não pode terminar esse trabalho sem falar com essa pessoa”? Tem a Sônia, que é assistente social, que trabalhava com a gente lá, ela já está aposentada, mas eu posso pegar, conseguir o contato dela, é Sônia Britzk, o sobrenome dela...

P: É mulher do Lauro?

R: É um mecânico? Tem oficina?

P: Não, ele trabalha na Sepladema, esse Britzk. Deve ser parente...

R: Não.

P: ... o sobrenome dele.

R: O marido dela tem oficina. E aí eu vejo com ela e aí passo o seu contato para ela para que ela possa também ser entrevistada porque eu acho que ela merece ser.

P: Sim.

R: Com certeza. Porque ela foi a minha parceira, falei “Sônia, nós vamos na UNESP buscar alguma coisa, não me pergunte o quê”.

P: Deixa eu só te perguntar uma coisa, para eu poder entender, quer dizer, eu sei, mas como tudo precisa ser documentado. Você conheceu a professora Andreia Nadai?

R: Andreia Nadai? Não estou me lembrando. Mas eu acho que sim.

P: Tá.

R: Porque eu não me lembro mais o nome de todo mundo, era...

P: Qual a relação? O doutor Geraldo na época ele era médico do Programa Saúde Família no Boa Vista.

R: Sim.

P: E ele tem uma relação histórica com o Programa?

R: Tem.

P: Em que momento que o médico, lá do Boa Vista, entra no Programa ali, do Vila Cristina? Você sabe me dizer?

R: Não, ele não entrou no Vila Cristina diretamente eu acho que foi, é porque quando o Stivalli abriu para outras unidades, então foi feito lá na Unidade dele. Não na Vila Cristina. Porque daí começou, eu sei que na '29' foi feito, eu não lembro onde mais. Eu acho que no Boa Vista, eu acho que a Edmari que era a coordenadora lá, a Edmari Christenssen que era a coordenadora lá do Vensel. Então assim, daí cada Unidade começou a ter o seu, entendeu? Porque daí aí a gente tinha os dias do Vila Cristina, daí passou a ter os dias, daí foi aumentando também o número de alunos, para começar a dar conta do número de Unidades que foi aparecendo. Mas daí eu acho que abriram mais 3 ou 4 Unidades que estava fazendo.

P: Ótimo.

R: O pontapé começou no Vila, mas então daí foi para mudar de lá e não eles vieram para cá. Entendeu?

P: COORDENADOR DA UNIDADE DE SAÚDE, muito obrigado viu? Pela sua contribuição.

((despedidas e agradecimentos))

((Fim da transcrição))

## APÊNDICE II

### TRANSCRIÇÃO

Américo Valanha Netto

—

MÉDICO

#### **PARTICIPANTES**

P: Pesquisador (Américo)

R: Participante (MÉDICO)

#### **TEMPO DE GRAVAÇÃO**

20 minutos

#### **LEGENDA**

... → pausa ou interrupção.

(inint) → palavra ou trecho ininteligível.

(palavra) → incerteza da palavra transcrita / ouvida.

((comentários de transcrição))

---

(INÍCIO)

P: Então, doutor, me informe, por favor, o seu nome completo. E qual a sua relação com o programa? Pode ser breve de início, só para a gente poder localizar porque é que eu estou te entrevistando.

R: MÉDICO. Nós tivemos a oportunidade de estar em contato com o programa, já no momento em que passamos a atuar junto ao programa de saúde da família. A partir de 2000, ali no Bonsucesso, e pelo vínculo que já tínhamos também, com a UNESP, com o Departamento de Educação Física.

P: Legal. MÉDICO, no momento de introdução do programa, o senhor, qual era exatamente a sua função dentro da Saúde?

R: Ali, naquele momento, junto à unidade de Bonsucesso, que foi aonde eu deslumbrei o programa, o meu papel era médico generalista do programa de saúde da família.

P: Ótimo. Passado esse momento do Bonsucesso, o programa foi para o Vila Cristina. O senhor esteve lá, também, no Vila Cristina? Ou o senhor tinha alguma relação com o Vila?

R: Não, não especificamente.

P: Não especificamente?

R: A gente acompanhava pelo vínculo que tinha com a UNESP, com as pessoas que trabalhavam na UNESP, professor Eduardo Kokubun, então a gente tomava conhecimento das iniciativas em relação ao Vila Cristina.

P: Ótimo. Pelo que o senhor se lembra, o programa, na hora que começou a ser elaborado e implantado, tinha alguma base na relação de saúde do país, na relação, no estado de saúde do país no momento? Tinha esse pensamento?

R: É. Isso eu não posso afirmar com certeza. É... o fato é que eu, com a minha formação, que era médico do esporte, a gente sabe, vamos dizer assim, dos benefícios da atividade física, junto à questão de saúde como um todo. E a importância de usar esse recurso como uma ferramenta auxiliar ao tratamento complementar aí. Então, vamos dizer assim, independente de existir já uma política, já havia essa visão, e uma visão essa, que a gente já comentava também, lá na própria Educação Física,

onde a gente atendia a comunidade, desenvolvendo as práticas dali junto da comunidade, dos idosos que ali chegavam, para estar desenvolvendo um trabalho ali. E isso se estendeu, então, para as unidades.

P: Ótimo. E quem participou da construção do programa? Pessoas ou instituições que estiveram envolvidas?

R: É. Vamos dizer assim, ali, no Bonsucesso, a gente teve a participação da professora Andreia Nadai. Mas o articulador do programa em termos, dessa extensão para as demais unidades, é com o professor Eduardo Kokubun e o Departamento de Educação Física da UNESP.

P: Quais eram os objetivos do programa?

R: É. Dentro do que eu tenho conhecimento, a ideia é na medida em que a gente já tinha essa... essa percepção, essa visão do benefício da prática da atividade física, junto às situações de doenças crônicas, degenerativas, a visão era estender isso às demais unidades. Então começasse com um projeto, ir fazendo o acompanhamento, e aí nós fizemos essa parte também, participando dessa parte no Bonsucesso, onde foram feitas avaliações e exames periódicos, de parâmetros laboratoriais, metabólicos, dosagem de glicemia, colesterol, triglicérides, para tentar mensurar os benefícios da prática da atividade física regular junto dessas condições.

P: Ótimo. O senhor entende, hoje, observando que a maneira com que foi implantado o modelo, é pertinente? Foi pertinente para as coisas que se propunham dentro desse universo das doenças crônicas, ou seja o que for?

R: Eu creio que sim, a gente defendeu, vamos dizer assim já esse fato, que vamos dizer assim, a forma como foi implantado o trabalho junto da fundação municipal de saúde, e a UNESP, tentando gradativamente [que] alcançasse o maior número de unidades possíveis, ao nosso ver é uma estratégia um pouco mais abrangente, mais efetiva do que a proposta do Ministério com relação ao NASP.

P: Legal.

R: Então a nossa atuação seria mais ampla.

P: O programa acontece nas unidades de saúde, foi implantado numa unidade de saúde. Era o foco desde o início fazer o uso da unidade de saúde como espaço para



isso? E por que a unidade de saúde, o que é que ela representa para fazer o programa lá?

R: É, o foco era esse, porque, vamos dizer, assim, a porta pela qual o paciente deveria adentrar, seria justamente a unidade básica de saúde, que é a política também, atual, do Ministério no sentido de que a atenção básica é a porta de entrada para todo o Sistema. E aí seria também uma maneira de estar mais próximo, de alguma forma, ter essa população em mãos, do que você fazendo o trabalho, que as vezes era desenvolvido na UNESP, no sentido de “olha, vamos fazer um trabalho para o hipertenso, onde a comunidade dos diversos bairros poderiam chegar até a UNESP. Agora, você ali está indo ao local e estaria, vamos dizer assim, mais próximo a essa população e fazendo um trabalho também de sensibilização e conscientização, no sentido de que essa população viesse a entender a importância desse recurso terapêutico, no sentido de estar intervindo nas suas condições, nas suas patologias.

P: E existiu alguma preocupação em relação à população, do tipo as pessoas que não estão indo para a unidade de saúde por conta de vulnerabilidade, exposição à doença, algo do tipo assim? Existia uma preocupação com esse tipo, ou não?

R: Se elas estariam deixando?

P: Não, se ao implantar “vamos levar para as unidades, porque as unidades representam um espaço que quem frequenta é uma pessoa com maior vulnerabilidade, de exposição à doença“?

R: A ideia seria exatamente essa porque ali você teria essa clientela. Do outro você estaria trazendo problemas ali, você teria uma clientela que já estaria, vamos dizer assim, “catalogada”. Então você via, vamos dizer assim, já mediante ali o auxílio da enfermeira, coordenadora, e tal, “ah, nós temos tantos hipertensos aqui na unidade”, e aí abriria esse acesso e essa proximidade para com esses usuários.

P: Então existia um critério para a inclusão, para participar do programa?

R: Primeiro era o voluntário. Então havia a questão do convite, e a pessoa, ela deveria estar apresentando uma dessas condições, eventualmente a hipertensão, o diabetes, a obesidade, alguma doença outra, como artrose, alguma coisa que pudesse comprometer a sua condição de saúde, que estivesse sob acompanhamento regular, e aí, mediante também à autorização do seu médico, pacientes que estavam sob uma

condição um pouco mais estável, que não teriam uma diabetes descompensada ou hipertensão, eles estariam sendo direcionados a estarem procurando o programa, se assim o desejasse.

P: Legal. O senhor sabe me dizer se havia algum acompanhamento da permanência no programa? Se havia alguma política para o desligamento de alguém em algum momento? O controle da sua assiduidade, sabe me dizer se tinha alguma coisa do tipo?

R: É. Pelo que a gente conhece até então sim. Haveria o acompanhamento com relação a essa frequência, conseqüentemente um incentivo à permanência, à conscientização da necessidade de se fazer de forma regular essa atividade, mas como a gente já colocou, tudo era algo voluntário, Na medida em que a pessoa, por alguma razão, quer seja por questões pessoais, por problemas outros de saúde com mudanças de unidade, ela poderia abandonar ali o programa. Mas na medida em que ela era sensibilizada, a gente via que havia uma adesão.

P: O senhor sabe dizer se o programa exerceu real influência na saúde dos participantes? Tinha avaliação periódica? Era feita, e em que momento?

R: Pelo que a gente sabe, vamos dizer assim, haveria avaliações, desde parâmetros laboratoriais, quanto parâmetros também das condições físicas desses pacientes. E também o acompanhamento em relação à utilização da própria medicação, no sentido de verificar se teria havido alguma redução nos medicamentos que estavam em uso. Então, e isso provavelmente seria, se não houvesse nenhuma outra mudança, atribuído a essa intervenção quanto à prática da atividade física. Então haveria monitoramentos regulares com relação aos exames laboratoriais, ao exame das condições físicas, de parâmetros de aptidão física, e parâmetros com relação à... ao uso da medicação.

P: Fazendo uma análise da intervenção, do programa em si, o senhor sabe me dizer como funcionava? As aulas, o espaço, quem dava aula, quem participava, quem, dentro da unidade, era envolvido, que auxiliava? Recursos financeiros, recurso material que tinha? Um panorama geral sobre isso.

R: Até onde a gente sabe, vamos dizer assim, seria quem desenvolvia o programa seriam os estagiários da UNESP, sob a supervisão dos professores ali, encarregados

da coordenação imediata ali, do programa. Aí habitualmente era feito três vezes na semana, não é isso? Três vezes na semana...

P: Há, Não estou sabendo de nada...

((risos))

R: Estou em dúvida se eram duas ou três vezes. Então, e normalmente com a parceria, com o apoio ali do corpo de enfermagem, do grupo de enfermagem, do pessoal, checava a pressão antes e depois da atividade, monitorava. Então fazia esse acompanhamento, acompanhamento também com relação à coleta dos exames. Então era feito também pelo pessoal da enfermagem, e num dado momento passou-se também a instituir-se uma bolsa para esses estagiários.

P: Ótimo. O senhor disse para eles que a UNESP e o Município eram parceiros desse evento, o Município por meio da Fundação de Saúde e a UNESP através do NAFS, Laboratório Professor Eduardo. As duas instituições costumavam se reunir, seja de alguma forma?

R: Sim. Havia um contato e aí principalmente com a do... nós tivemos a oportunidade de estar na diretoria da Fundação Municipal de Saúde, então de forma específica, nós chegamos a trabalhar de 2002 a 2003 junto do programa de saúde da família lá no Bonsucesso e aí tivemos o acompanhamento da atividade "in loco". E depois, posteriormente nós passamos a estar aí, com o cargo de diretor-geral da Fundação Municipal da Saúde, Diretor-Médico de 2006 a 2008. E nesse período nós tivemos oportunidade de resgatar algumas coisas e de alinhar algumas coisas junto do programa, estreitando a parceria e os contatos e as reuniões em relação, fazendo ponte em relação, nós, representando a Fundação, e a coordenação do programa junto da UNESP, através do Eduardo Kokubun e do professor Américo... ((riso))

((acha graça))

P: Sobre... dinheiro. Recursos financeiros. O programa teve desde o começo, teve em que momento, de onde vieram?

R: É. Aí não tem os dados precisos. Sei que num primeiro momento, basicamente, o programa foi subsidiado por recursos próprios ali, da UNESP. Não sei se advindo de algum programa, mas recursos da UNESP. Depois, principalmente na questão em relação aos exames que foram realizados. E posteriormente, eu não sei se foi a partir

de 2006, não sei, aí parece que houve a questão das bolsas para os estagiários, e aí sim houve uma participação mais efetiva da Fundação Municipal de Saúde, no sentido de estar oferecendo essas bolsas para esses estagiários.

P: O senhor acredita que as pessoas envolvidas na operacionalização do programa, fazer ele acontecer, eram motivadas e eles abraçavam a causa? [Elas] estavam interessadas em fazer aquilo acontecer dentro de um quadro da saúde pública?

R: Sim. Pelo contato que nós tínhamos, já ali na UNESP, e que era de estar fazendo com que o conhecimento científico fosse aplicado ao ser humano, porque além da pesquisa básica que envolvia a experimentação com animais, a ideia era transportar aqueles conhecimentos advindos ali, do experimento com os animais, para a importância prática da atividade física, junto ao ser humano, desde atletas como pessoas que estão interessadas na realização. Então isso já era algo que estava ali, na formação, no objetivo... aí o professor Eduardo Kokubun, da Clarice, daqueles que estavam ligados ali, à fisiologia, e foi também o motivo pelo qual vinha participar do trabalho do laboratório ali na UNESP, onde nós ficamos de 88 a 99.

P: Doutor, nesse momento sinta-se à vontade para o senhor acrescentar algo, que o senhor achar pertinente e que não foi perguntado. Se tiver alguma coisa que o senhor queira dizer...

R: Não. A gente, vendo a importância da estratégia, é algo que a gente ativou agora como importante, de ser dado uma continuidade, agregando talvez outros aspectos como por exemplo, a questão da orientação nutricional, desse acompanhamento nutricional, principalmente para essas duas condições. A gente sabe que há importância da orientação no caso da diabetes, no caso da hipertensão. Então a gente tem como visão ampliar esse programa, atrelando também a essa questão da orientação nutricional de uma forma mais específica e de uma forma o mais abrangente, que possa pensar num maior número de pessoas. Hoje temos um número restrito de nutricionistas, mas existe o projeto de estar se ampliando isso e também é o outro fato de estar sensibilizando aí os profissionais de saúde e também o profissional médico para estar contando com esse recurso. Que, de repente, isso já passar a ser, no fluxo, numa rotina maior em termos de que o paciente vai estar sendo encaminhado - evidentemente com a autorização do seu médico-assistente -, para o programa, deixando à vontade optar ou não em fazer. Mas isso passar a ser uma

rotina e um fluxo mais frequente, uma orientação. “Ó! Nós temos na unidade parte de atividade física, um programa de orientação alimentar, que seria importante, que de repente o senhor ou a senhora viesse a aderir e a acompanhar e estar participando, que isso traria benefício, poderia nos ajudar no controle de seu quadro, diminuindo a necessidade de medicação“. Então é algo que a gente pretende, de repente, desenvolvendo e sensibilizando na atenção básica, fazendo então um trabalho, realmente, de promoção de prevenção, de intervenção, de... usando da atividade física, usando das orientações, e mudanças de hábitos de vida para trazer uma melhor qualidade de vida e de controle dessas condições.

P: Doutor, muito obrigado pelo tempo do senhor. Obrigado por o senhor...

((fim da transcrição))

# APÊNDICE III

## TRANSCRIÇÃO

Américo Valdanha Netto

—

## SECRETÁRIO DE SAÚDE

### **PARTICIPANTES**

P: Pesquisador (Américo)

R: Participante (Secretário de Saúde)

### **TEMPO DE GRAVAÇÃO**

14 minutos

### **LEGENDA**

... → pausa ou interrupção.

(inint) → palavra ou trecho ininteligível.

(palavra) → incerteza da palavra transcrita / ouvida.

((comentários de transcrição))

---

(INÍCIO)

P: (...) eu vou pedir para que você me diga o teu nome completo.

R: Eu me chamo SECRETÁRIO DE SAÚDE.

(...)

P: SECRETÁRIO DE SAÚDE, eu peço para que você me diga qual a sua relação com o programa de exercícios físicos em unidades de saúde?

R: Eu acho que como isso começou, com... nessa gestão de cerca de 2000 a 2001, quando eu era então Secretário de Saúde aqui. Na verdade, o... foco da saúde, muitas vezes, na maioria das vezes, como sempre, em cima na verdade, da rede assistencial de saúde. Pouco se faz, ou nada se fazia em termos de promoção de saúde. Prevenção, ainda você tem uma série de ações com vacinação, e tal, etc.. Mas promoção de saúde era muito pouco visado – como ainda é pouco visado. Recentemente eu acho que se começa com várias ações de promoção, como por exemplo, as academias de saúde que funcionam hoje normalmente próximas a algumas unidades de saúde, mas na época não se tinha nenhum incentivo do Ministério ou do Governo Estadual para alguma ação na área de saúde, ação de promoção na área de saúde. E eu me lembro que a gente, eu acho que conheci o professor Kokubun, e a gente conseguiu fazer uma parceria bastante interessante, uma vez que o município já tinha um convênio com a UNESP, um convênio guarda-chuva, que permitiu que a gente pudesse avançar nesta relação e estar buscando... por um lado, um campo de estágio ou de trabalho para o pessoal que fazia doutorado com o Kokubun, e por outro lado, para a gente da saúde, conseguir começar a desenvolver alguma atividade física nas nossas unidades de saúde, que não tinham nenhuma preocupação naquele momento com a atividade física para... no sentido de “promoção de saúde” para a população.

P: Legal. Pelo que o senhor se lembra, e vamos falar um pouco sobre a pertinência do programa, o programa foi pensado na situação de saúde do país quando foi elaborado?

R: Olha, eu não sei o alcance que o Kokubun pensou, porque ele tinha uma relação, na verdade, já nacional, nessa discussão. Nós tínhamos, dentro do município, uma preocupação grande com a questão de hipertensão, com a questão de diabetes, que são doenças crônico-degenerativas que vem avançando no país, agora, com o aumento da faixa etária e com a questão da pouca atividade física, ou nenhuma atividade física, que a população tinha. Na verdade, nem eu estava pensando na relação com o país como um todo. Aí sim, com a população de Rio Claro, para uma atividade para elas, aí.

P: Você se lembra de quem participou da construção do programa?

R: Ah...

P: Ou como se deu esse momento, ou algo do tipo?

R: Olha, eu tive várias conversas com o professor e com a equipe dele. E nós trouxemos algumas pessoas. Eu acredito que o pessoal da atenção básica nossa, mas eu não me lembro exatamente quem eram as pessoas que participaram.

P: Você é capaz de lembrar qual era o objetivo do programa? Por que é que ele foi montado?

R: Olha, eu me lembro que nós começamos a trabalhar, e trabalhamos com grupos de terceira idade, principalmente, que é a pessoa que tinha na época uma adesão

maior aos programas da saúde, das unidades básicas de saúde. Eu me lembro que no Vila Cristina, por exemplo, tinha uma quadra anexa que pertence ali ao centro de habilitação infantil, nós utilizávamos bastante aquele espaço para poder ter essas atividades. E inclusive, naquela época, para mim, uma coisa que ficou clara, eu, antes do nascimento das academias, já estava começando a discutir que cada unidade básica de saúde tivesse uma quadra anexa a essa unidade, para que a gente pudesse estar fazendo essas atividades com o pessoal, e fora isso pudesse servir à comunidade em todo horário, inclusive à noite, aí.

P: E essa discussão, era uma disciplina local, ou era algo que vinha de cima? O senhor se lembra disso?

R: Eu acho que essa disciplina era uma disciplina mais local. Nós começamos a ter essa... essa lógica de raciocínio, justamente buscando a promoção. Rio Claro é uma cidade que a população idosa tem uma condição em relação à hipertensão e diabetes, ou tinha, pelo menos alguns anos antes, um pouco melhor do que o restante do país. Isso, provavelmente, nós fizemos levantamento, uma vez com a doutora Carla. Talvez ela teria participado desse programa também, que era uma pediatra que trabalhava conosco, e ela fez esse levantamento em relação à incidência de hipertensão arterial. E a gente ficava um pouco abaixo da média do país, do estado. Isso, possivelmente em função de Rio Claro ser uma cidade plana, nós temos, você sabe, número de bicicleta muito grande. O pessoal, todos os empregados da Companhia Paulista usavam bicicletas antes e tal, então tem esse hábito de andar de bicicleta, de ter alguma atividade, que outros locais possivelmente não tinham, até então. Então a gente já tinha um número de hipertensos um pouco menor. A nossa intenção era realmente trabalhar com esse pessoal mais da melhor idade, como o pessoal chama aí, e tentar, a partir dele e das crianças, começar a criar um padrão aí, de... de atividades físicas.

P: E você entende que esse modelo de programa era pertinente para o momento, para ser elaborado?

R: Ah, eu acho que sim. Eu acho que na verdade, assim, nós criamos localmente isso daí, quer dizer, foi o que foi, era o que era possível a gente conseguir fazer, esse convênio com a universidade, e esse trabalho, eu acho que... eu volto a falar, eu acho que o Kokubun tem uma visão muito boa. Ele fez uma parceria muito legal com a gente. Inclusive nós avançamos um pouco numa outra relação, que foi um pedido dos funcionários para a gente. Os funcionários do pronto socorro solicitaram se a gente não conseguiria fazer um acordo, um trabalho também, com esses funcionários na entrada e na saída do plantão. E o Eduardo conseguiu viabilizar isso com uma pessoa lá. Quer dizer, os funcionários, hoje seriam de UPAs ou pronto atendimento, ficam numa tensão muito grande durante o período de... de trabalho deles, né. A qualquer momento chegam casos graves ou não, mas os graves normalmente tensionam muito a equipe. Então nós criamos um... um tempinho, 15-20 minutos... meia hora antes do início das atividades e depois, onde um pessoal da UNESP também dava atividades físicas para esse pessoal que trabalhava lá, para os funcionários, então.

P: Pensando no perfil sócio-demográfico e de situação vulnerável do programa, para quem ele era voltado?



R: Então... eu acredito que na verdade, ele era voltado para a população que frequentava as unidades de saúde. Particularmente, para aqueles que aderiam mais, que era um grupo de terceira idade, ou um grupo que tem mais disponibilidade para esse tipo de trabalho.

P: O senhor se lembra de como funcionava a intervenção, especificamente?

R: Olha, eu... eu não... eu sei que tinham várias atividades, desde exercícios físicos a jogos, basquete, eu me lembro, até era o pessoal com prótese de perna inteira mecânica jogando basquete e participando das atividades, e isso motivava esse grupo a até participar de outras atividades, como por exemplo, discussão de prevenção de dengue, de trabalhos com outras áreas, a partir desse grupo que trabalhava com educação física, com esporte.

P: Qual a importância, como o senhor vê essa relação universidade e Governo Municipal?

R: Universidade e governo? Olha, eu acho que... em poucos lugares essas parcerias são fortes. Mas eu acho que é fundamental que a gente consiga esse tipo de parceria. Como a gente conseguiu aqui, com a UNESP, que evidentemente tem uma estrutura de uma universidade pública, estadual, e de qualidade. E atualmente, eu me lembro, eu estou tentando fazer com as faculdades que tem lá uma parceria para poder fazer trabalho, tanto na área de educação física, tivesse eu lá um “kokubun”, ((acha graça)) para a gente poder estar fazendo algumas parcerias, inclusive agora, utilizando as academias, quer dizer, agora nós já temos um recurso federal, onde você pode construir um equipamento e pode utilizar de uma forma muito melhor. Mas a gente tem apanhado um pouco, lá, ainda, com esse trabalho. Mas a gente tem buscado aí, com veterinário e com diversas áreas. E eu entendo que esta maneira, desta maneira você consegue integrar universidade ao município, o que muitas vezes não acontece, ficam dois mundos distintos. O da universidade, o da faculdade, os alunos da cidade e que vem de fora, e o município, trabalhando totalmente independente, sem nenhuma relação com a faculdade. Eu acho fundamental que ela se fortaleça.

P: Em 2001, no momento da implantação, o programa tinha algum recurso financeiro, do município, do estado, ou federal?

R: Olha, que eu me lembre, no começo, não tinha recurso nenhum. Mais tarde a gente conseguiu uma bolsa para os alunos que estavam participando do projeto aí. Na verdade, uma bolsa muito pequena, era mais uma ajuda de custo para eles se locomoverem. Mas era um valor pequeno e do município, local.

P: O programa foi implantado em quantas unidades de saúde?

R: Eu não tenho... eu não tenho lembrança disso, não, viu?

P: Ótimo. Bom, tem mais alguma coisa que o senhor queira acrescentar do momento que o senhor se lembre? De todo o processo do seu envolvimento, da Secretaria que o senhor coordenava no momento, que é a Secretaria de Saúde, em relação ao programa?

R: Olha, eu acho que só poderia dizer o seguinte, que foi uma parceria muito boa. Nós, na verdade, estávamos saindo na frente do que o Ministério da Saúde viria fazer posteriormente, a gente via que o caminho é esse. Hoje o Ministério da Saúde, além

das academias de saúde, tem atuado junto às indústrias para diminuir a quantidade de sal em alimentos, para diminuir alimentos gordurosos, ou... ou com açúcar, o teor de açúcar, e tal. Está começando a investir na questão da promoção mesmo à saúde, ainda de maneira muito tímida, mas está começando a atuar. E acho que o caminho que a gente trilhou na época, era um caminho que já adiantava essas propostas aí. E que eu acho que teve um efeito muito bom nas unidades, e para a população que se utilizava disso, e para os funcionários, que na verdade, gostavam, e acho que tiveram uma adesão muito boa, atualmente para... eu te confesso que eu não sei como é que anda o programa por aqui. Mas acho que a época foi uma época de luz, assim, para a gente começar a atuar naquilo que a saúde tem que fazer, antes de mais nada. Evidentemente que tem que atender as pessoas que estão necessitando, mas a gente tem que trabalhar de uma maneira preventivamente, promovendo a saúde, e essa era uma ação que além de promover a saúde para o indivíduo, você consegue canalizar um monte de outras atividades que às vezes degradingolam, aí, para uma atividade boa, saudável, e que traz bons resultados, e crescimento para a população.

P: Secretário, só para a gente terminar, você gostaria de sugerir alguma pessoa que eu possa entrevistar para contribuir com esse trabalho?

R: ((silêncio)) 'Puxa!', Américo, eu não em lembro. Você diz, da época que trabalhava com a gente?

P: Isso, em 2001, independente de você saber quem eu já entrevistei, está bem?

R: Tá.

P: Pessoas que sejam pertinentes para a contribuição.

R: Olha, a gente poderia, poderia tentar por exemplo, a Betinha. A Betinha, era uma pessoa que trabalhou na unidade básica do Vila Cristina. E ali tinha um grupo forte, uma atuação legal com esse programa. E talvez ela seja uma pessoa interessante. Não sei se você entrevistou a Betinha ou não, né. Mas ela foi uma pessoa que acho que participou efetivamente do programa aí. E talvez outras coordenadoras de unidades que tenham... a Ivana, no pronto socorro, pediu esse grupo também. Eu não me lembro direito também, a coordenadora de cada unidade básica, para poder estar te indicando também, e eu não me lembro se a Carla, a doutora Carla participou. Mas acho que a Betinha era uma pessoa boa para você conversar.

P: Tá. SECRETÁRIO DE SAÚDE, muito obrigado pela sua participação...

((fim da transcrição))

# APÊNDICE IV

## TRANSCRIÇÃO

Américo Valdanha Netto

—

PROFESSOR 1

### **PARTICIPANTES**

P: Pesquisador (Américo)

R: Participante (PROFESSOR 1)

### **TEMPO DE GRAVAÇÃO**

75 minutos

### **LEGENDA**

... → pausa ou interrupção.

(inint) → palavra ou trecho ininteligível.

(palavra) → incerteza da palavra transcrita / ouvida.

((comentários de transcrição))

---

(INÍCIO)

P: Então vamos lá, para a gente começar, me diz seu nome completo.

R: PROFESSOR 1.

P: me diz qual o histórico do seu envolvimento com o Programa de Exercícios Físicos em unidades de saúde.

R: Bem, a visão que eu tive desde o início, foi a seguinte, nós não fazíamos nenhum programa de extensão para a comunidade naquela época, existiam programas de extensão à comunidade do Gobbi, de outros professores, mas nós não estávamos envolvidos nesses programas. Um belo dia, apareceram duas pessoas, duas mulheres aqui, perguntando quem era a professora responsável pelos pacientes diabéticos. Como o Gobbi trabalhava com uma população mais saudável, na época, a própria secretaria não sabia exatamente e dizer, aí elas pensaram, tem uma professora, Eliete, que trabalha com diabéticos, mas nós não sabemos exatamente o que ela faz em termos de atendimento para a população, uma vez que ela estuda outros modelos, etc. Aí elas disseram assim, “não, então acho que é essa pessoa mesmo”, porque nós ouvimos falar de alguma coisa a respeito de diabetes, que tinha aqui na UNESP, e então a gente veio conversar com essa pessoa, para ver qual a possibilidade da gente ter um contato maior. Aí a secretária do departamento ligou para mim, eu estava nessa sala aqui, e ela disse que tinha duas pessoas, uma dessas pessoas era do posto de saúde da Vila Cristina, e eu não me lembro o nome dela. Dá até para você descobrir porque foi uma pessoa bem do início.

P: Não seria Bete? Você não vai lembrar... Tudo bem...

R: Pode ser que sim.

P: A Bete era coordenadora do posto na época.

R: Na época? Eh... eu acho que então pode ser sim. E tinha mais uma pessoa que era alguém da Prefeitura, que ocupava uma posição importante na Prefeitura também. Mas eu como não... a parte social, assim, das coisas, eu não tenho muito conhecimento, principalmente, com relação à cidade, etc. Por que? Porque a minha visão de diabetes, ciência, fisiologia, etc, ela era mais voltada para a questão acadêmica, para modelos de pesquisa, que era o conhecimento que eu trazia da Universidade de São Paulo, porque eu tinha feito o Doutorado lá na Universidade de São Paulo então eu trazia aquele tipo de conhecimento. Então eu não tinha muito

conhecimento dessa parte social, nem relativa à Prefeitura, nem aos postos, então eu não tinha muito essa visão, não. Tanto que eu não conhecia as pessoas que viriam aqui na minha sala conversar comigo, mas eu disse para a secretária que poderiam vir. Aí, e as duas vieram aqui, até elas falaram, olha, se você quiser marcar um horário... como eu não estava dando aula, eu falei “não, pode ser hoje mesmo, a gente conversa, não tem problema nenhum”. Aí ela falou o seguinte, “olha, é que a gente já ouviu falar de alguém que trabalhava com diabetes aqui na Universidade, e como nós temos um conjunto grande de pessoas que são portadoras de diabetes” - ela falou - “eu estou falando pelo meu posto, que é o da Vila Cristina”. E a falou, “então tem várias pessoas que frequentam lá porque são diabéticas, e que fazem o controle por lá. Aí a gente começou a entrar em contato com algumas pessoas e ficamos sabendo que tinha uma professora na UNESP que entendia de diabetes, então por isso que a gente queria conversar com você”. Aí eu falei, “olha, eu entendo da patologia, entendo da doença, mas eu não tenho maiores conhecimentos, assim, de uma aplicação mais imediata, porque – eu expliquei até para elas – eu trabalho com modelo experimental em ratos, eu induzo diabetes, trabalho com exercício físico e investigo vários parâmetros nesse modelo. E dou aula para os alunos a respeito de fisiologia, explico a importância de tudo isso para eles, mas, assim, mais no sentido acadêmico e científico, não propriamente de uma aplicação”. Ela falou, “olha, então quem sabe chegou a hora da gente começar a conversar um pouco sobre isso, e a gente passar a ter um conhecimento um pouco maior das coisas que você faz e se existe alguma possibilidade de a gente interagir”. Eu falei “olha, eu acho interessante, se a puder ter alguma interação, porque eu tenho o conhecimento básico sobre o assunto, mas também nunca fiz uma aplicabilidade, assim, maior, na população, embora eu venha de um estudo que é de fisiologia humana, meu doutorado. Então, embora eu estude um modelo experimental, a intenção do Instituto de Fisiologia Humana, é voltada para a população”. Então elas disseram, “olha, eu acho que chegou o momento, nós vamos interagir...”

(...) ((interrupção))

R: “Se você aceitar, nós estamos fazendo um convite. Se você puder fazer alguma coisa que possa ser útil para aquela comunidade - ela falou - então o nosso postinho atende pessoas que não têm, uma renda, por exemplo, que possam estar fazendo uma atividade física ou indo para um clube ou para uma academia, nada disso. É uma

população carente - vamos dizer assim - de um bairro relativamente pobre, que não tem condições de frequentar uma academia nem nada”. Mas os médicos normalmente dizem assim, “é bom que você façam alguma atividade física, é bom que caminhe”, mas eles não têm noção se uma caminhada é importante, e se o paciente pode caminhar, se ele pode andar, o que ele pode fazer, ela falou, “mas para nós qualquer coisa é lucro, porque é uma população que necessita muito da colaboração. E se a Universidade puder colaborar nesse sentido...” Eu falei, “olha, eu vou ser bem clara com a senhora nesse sentido, eu não tenho experiência de mexer com a população, mas eu estou disposta a participar no que eu puder, e tentar levar alguma contribuição daquilo que eu conheço para vocês, para essa população e para o posto. Inclusive seria interessante se a gente pudesse, se a gente for fazer alguma coisa para o posto, que a gente pudesse ter a colaboração dos médicos no sentido de que qualquer coisa que venha a acontecer, que vocês deem uma certa cobertura para esses pacientes, porque, diferentemente, por exemplo, da UNESP de Botucatu, que tem toda uma estrutura de hospital, etc, a gente não conta com isso. Nós não temos hospital, nós temos um médico, que pode até dar uma colaboração, se necessário, mas que fica aqui na UNESP. Então, se a gente for fazer alguma coisa lá no posto, se vocês puderem dar uma cobertura, no sentido de que se o paciente tiver algum problema, se ele passar mal, o médico possa estar atendendo, fazendo algo por eles seria interessante, porque a gente não tem nenhuma infraestrutura”. Bom, ela falou, “olha, a conversa está sendo ótima, e a gente promete que tudo que a gente puder fazer para incentivar isso, a gente vai fazer. Isso tanto aquela que coordenava o posto, quanto aquela que trabalhava na Prefeitura, se mostraram, assim, bastante interessadas no conhecimento”. Eu falei, “mas a gente não tem o programa, eu vou ter que conversar com alguns colegas aqui e ver o que é possível fazer”. Ela falou, “então está ótimo”. Então eu falei, “então está ótimo”. Aí ela falou, “então a gente dá um tempo, para vocês conversarem, daí a gente volta aqui e vê que tipo de interação a gente pode ter”, ela falou. “O que nós oferecemos é o posto e eu quero que você vá conhecer o posto lá da Vila Cristina, e alguma coisa que a Prefeitura possa colaborar, inclusive no sentido...” daí ela falou, “o que você normalmente precisa se você for analisar um paciente diabético?” Eu falei, “uai, do que precisa, primeiro de um pouco de infraestrutura que os pacientes... que a gente possa medir pressão arterial, ou qualquer coisa assim e avaliar a glicemia. Porque se eles são diabéticos, primeiro, nós queremos ter acesso ao prontuário, desses pacientes, primeiro, para saber se

eles podem realmente fazer atividades ou não, porque alguns têm um diabetes extremamente avançado, de repente não pode fazer nada, não pode fazer atividade física porque está em um estágio ruim. E tem outros que é ótimo que façam, e outros que têm que controlar, e a gente precisa saber quem está tomando medicamento, etc. Então a gente tem que ter acesso ao prontuário deles, para saber o estado geral em que eles se encontram, e precisamos monitorar algumas coisas, dentre elas a glicemia, pelo menos de vez em quando. Não é em toda atividade, etc, mas a gente precisa controlar a glicemia. E aí eu vou conversar com alguns colegas aqui porque eu sozinha também, provavelmente não vou conseguir fazer nada”, eu falei. Então ela achou ótima a ideia e falou, “olha, você tem o tempo que você quiser para conversar com os colegas, para pensar em algumas estratégias, e aí a gente marca de novo e tem o 'feedback'”. Aí pensei em alguns colegas, pensei um pouquinho na Maria Alice, mas a Maria Alice, de cara que eu conversei com ela, ela falou, “ah, mas eu tenho um pouquinho de medo porque eu estudo só ciência básica e...” eu achei que ela poderia dar uma contribuição importante no sentido da nutrição para aquelas pessoas, mas ela ficou com um pouquinho de medo. “Ai, eu acho que é muito básico, e de repente isso complica a aplicação para a sociedade”. Eu falei, “olha, eu também acho básico o que eu faço, mas quem sabe em uma conversa a gente pode explicar uma porção de coisas, para os pacientes, e isso, uma conversa, já pode ser importante para o começo”, né? Aí, pensei, pensei e, no departamento, na época, não tinha pessoas, assim, muito com o perfil. O doutor Geraldo era ótimo, mas, como ele trabalhava muito tempo dedicado a coisas aqui, ele não tinha muito tempo livre para a gente estar vendo alguma coisa fora. Então eu falei, “olha, acho que...”, pensei comigo, “uma pessoa que talvez possa dar uma contribuição importante é o professor Eduardo Kokubun. O Eduardo já era meu colega na Universidade de São Paulo, antes de eu vir pra cá, antes de ele vir para cá. Então, eu conhecia o Eduardo da USP. Depois que a gente veio a se ver novamente aqui em Rio Claro, mas o nosso conhecimento anterior era da USP. Então eu sabia que ele trabalhava com atividades físicas, eu conhecia ele depois de Rio Claro, mas eu sabia que a ciência básica, ele era muito bem formado na parte básica da USP. Então eu pensei, falei, “acho que ele tem um perfil muito bom, muito interessante, que talvez ele seja a pessoa certa para eu conversar”. E a minha surpresa foi maior ainda, porque o conhecimento maior que eu tinha dele era quanto à fundamentação científica, que na área de fisiologia, principalmente fisiologia do exercício, era fantástica. Eu sabia que ele tinha muito conhecimento. Mas eu não sabia

o quanto que ele tinha interesse nisso, e interesse nessa parte social também, de uma colaboração com a Prefeitura, com o posto, né. E aí, até para minha surpresa, porque eu pensei “eu vou conversar com o Eduardo mas ele não vai aceitar, eu tenho que ir pensando em outras estratégias”, até. Mas, para minha surpresa, quando eu conversei com ele, ele falou, “nossa, que coisa fantástica, é isso que nós precisamos fazer daqui para frente. Se a gente tiver uma oportunidade de ter a extensão, de ver algumas coisas que estão sendo feitas em outros locais aqui, em Rio Claro, principalmente para esse pessoal que não tem acesso à atividade física, e não tem conhecimento também. Então eu acho que é uma oportunidade que a gente vai ter”. Ele falou, “olha, eu adorei a ideia, se a gente puder fazer alguma coisa em conjunto”. Eu falei, “então ótimo, porque eu não tenho condições suficientes para montar um programa desse porte”. Ele falou, “eu sozinho também não, mesmo porque nunca chegou um convite direto para mim, foi a primeira vez que está surgindo”. Eu falei, “então ótimo, então a gente pode pensar”. Aí nós combinamos já uma reunião para ver o que é possível fazer, daquilo que a gente sabe da ciência básica, porque ele estudou a ciência básica comigo lá em São Paulo também, como trabalhar com rato, etc, então ele tinha conhecimento básico-científico, mas também não tinha tido oportunidade de aplicar nesse tipo de coisa. Aí nós fizemos uma reunião e falamos, nós podemos começar a oferecer alguma coisa muito simples, e a gente pode fazer isso em conjunto. A gente vai lá para o posto, vê quais são as condições deles, faz um levantamento do que eles têm, etc, e, olha, pode dar uma resposta positiva para elas”. Aí, elas estavam com tanta urgência, que antes de a gente ligar, elas ligaram novamente para a gente. “Olha, vocês já decidiram alguma coisa?” Eu falei, “já, conversei com o professor Eduardo e ele falou que topa fazer uma parceria e que a gente pode começar alguma coisa”. Então aí elas voltaram aqui, nós começamos, vimos a possibilidade de marcarmos duas vezes por semana, lá, no Posto da Vila Cristina, e aí um dia a gente foi para conhecer o posto. Quando nós chegamos lá, na verdade não tinha espaço nenhum, não tinha nada. ((acha graça)) Foi até engraçado, porque nós entramos, não sei se você conhece o posto lá. Entrava pela avenida, e tinha um lugar em que eles estacionavam o carro, aquilo era todo o espaço que eles tinham. Era do tamanho de uma garagem, assim, descoberta, elas tinham boa vontade, né. E aí tinha uma sala, uma sala de espera dos pacientes, e algumas salinhas atrás, que cada uma tinha uma finalidade, aí ela levou a gente para conhecer, a secretária deles foi muito amável com a gente, e explicou, “olha, nós não temos



espaço. Nosso espaço é essa sala de espera e essa garagem aí”, né. “Então, eu não sei como vocês vão fazer um programa de atividade física”. Aí eu falei para o Eduardo, “nossa, que dificuldade”. Aí até falei com ela, “olha, não tem possibilidade de a gente conseguir um espaço um pouco maior, porque nós temos alguns estagiários que podem colaborar com o programa”. E eu no momento estava contando com alguns alunos meus que eu orientava. Um deles um deles era o Gustavo Rogatto, o Gustavo estava um pouquinho mais adiantado, o outro era o Ricardo Gomes, e o Elton Ermini. Então, tinha mais alguns alunos participando também, mas eram estudantes ainda, eles estavam muito no início. Mesmo o Gustavo, o Ricardo e o Elton estavam muito no começo ainda. Mas nós combinamos com eles, “ó! nós estamos pensando em fazer um programa de atividades”, convidamos eles para ir lá um dia com a gente, e vamos ver o que é possível a gente fazer. Aí ela falou, “então eu me comprometo a tentar batalhar um espaço um pouquinho maior, mas eu não sei quanto tempo vai demorar para eu conseguir esse espaço maior”. Então eu e o Eduardo falamos “não, a gente concorda em usar esse pedacinho da garagem, só que no dia a senhora tem que impedir todo mundo de entrar com o carro” ((acha graça)) porque era só... cabiam dois carros, tinha um gramadinho assim e cabiam dois carros, descobertos. “Olha, nesse dia não pode deixar entrar carro, e a gente vem”. E aí nós levamos os alunos, e aí começamos a fazer algumas coisas, para nossa surpresa tinha bastante pacientes, eu não sei te falar um número porque tudo para nós era uma surpresa, tinha bastante gente, nós colocamos o pessoal nesse espaçozinho. E aí levamos os nossos alunos, os nossos alunos com boa vontade, carinhosamente foram se aproximando dos pacientes, e os pacientes também tinham essa carência, afetiva, até. Eles não tinham alguém que olhava para eles e conversava. Geralmente o médico fazia uma consulta rápida assim nem olhava para o paciente e falava assim, “é bom você fazer algum exercício...” e tchau, né? Então aí eles começaram a sentir na gente uma proximidade maior, uma amizade maior, e aí os nossos alunos colaboravam, né. Bom, aí nossa primeira aula foi um sucesso, porque elas acompanharam, gostaram, os pacientes gostaram e a gente também ficou contente que fomos bem acolhidos e tal. Aí, vamos planejar alguma coisa para a aula seguinte, né. Esse foi o nosso começo. Aí, no meio da semana a gente foi lá, os alunos fizeram um levantamento, tem tantos pacientes, vimos as fichas. Então um tinha uma glicemia alta, outro tinha pressão alta, outro não. Enfim, tinha vários problemas no meio, ali, e que a gente foi tentando fazer algumas fichas, uns formulários para eles preencherem, e começamos a avaliar a situação.

Quando a gente foi para uma das próximas aulas, estava chovendo. “Nossa!”, aí eu olhei para o Eduardo e falei, “o nós vamos fazer agora?” Porque nós começamos aqui na UNESP, eu pegava meu carro, ele pegava o dele, eu passava no departamento antes de ir para o postinho, e pegava tudo quanto era alternativa para fazer exercício. E a gente pegava bola, trave, aparelho de som, o que tinha a gente levava, né, para tentar inovar as aulas. E o ((acha graça)) interessante é que eu não sou professora de Educação Física, né? ((acha graça)) então eu levava todo o meu time junto para colaborar, porque eles são mais específicos da área de Educação Física. Mas aí estava chovendo muito, eu falei, “Eduardo, eu não tenho jogo de cintura, o que nós vamos fazer hoje com essa chuva, naquela garagem aberta?” Ele falou assim, “eu tenho uma ideia fantástica. Nós vamos desalojar o pessoal que está na sala de espera, vamos falar pra elas levarem todo aquele pessoal para uma salinha do fundo, quem está na sala de espera esperar na outra sala, e nós vamos levar os nossos pacientes para a sala de espera, e lá nós vamos fazer exercícios com cadeiras, lá dentro da sala de espera. Pega a cadeira de espera, aí faz o exercício na cadeira, aí segura a cadeira, senta, levanta, enfim, faz um conjunto de exercícios ali, porque a hora que a gente chegar lá, acho que era 7 da manhã, não sei, está todo mundo esperando, então, chovendo ou não chovendo, nós vamos ter que fazer”. Aí a gente chegou lá e de fato eles estavam todos esperando, aí conversamos com ela, levamos todo mundo para a sala de espera, aí o Eduardo falou, “olha, uma coisa fantástica para começar o exercício, é botar a sacolinha como se estivesse vestindo roupa, então para fazer esse tipo de movimento”. Aí arrumamos sacolinha de supermercado, um monte, distribuimos para todo mundo, e aí eles começaram... 'Nossa!', eles se sentiram assim, diferentes, né, e começaram a fazer atividades. Quando chegou na semana seguinte, a gente pensou, “como será que vai ser a reação deles?” 'Nossa!', os pacientes que eram sérios assim, no começo, todo mundo parecia que estava na pior, né, na semana seguinte quando a gente chegou lá, eles vieram, “'Nossa!', precisa ver como a gente está bem, a gente está começando a melhorar, a gente já consegue por roupa quando chega em casa”, porque eles tinham dificuldade, dependiam dos outros, né, e enfim, a evolução foi até bonita. E aí o pessoal do posto começou a elogiar, aí com o tempo a gente foi melhorando um pouquinho. Aí elas conseguiram batalhar um espaço, que era do Princesa Vitória, aí o Princesa Vitória cedeu, eu não sei quem administrava na época, não estou lembrada, mas eles cederam todo aquele espaço que eles tinham pra gente passar a fazer o programa de atividade física lá dentro. Aí

tinha quadra, 'Nossa!', foi um espaço maravilhoso que cederam, e com toda boa vontade possível, porque a gente poderia usar sem nenhuma restrição. 'Nossa!', os pacientes ficaram maravilhados, porque aí melhorou muito, ao invés de fazer naquele cubículo, a gente passou a fazer nas quadras lá do Princesa Vitória. Aí a gente começou a ampliar, os nossos alunos começaram a montar coisas para fazer. O Elton teve a ideia, ele fazia musculação na época, de encher garrafinha PET com água, depois com areia, para fazer musculação. Enfim, a gente foi tendo uma evolução, muito bacana. Aí eles se colocaram à nossa disposição para ajudar em algumas coisas da Prefeitura, a Prefeitura comprou fitinha de glicemia na época, depois ela veio perguntar do que a gente precisava, aí nós falamos que precisávamos de colchonetes, para eles fazerem alguma atividade física de solo e tal. Aí eles compraram, fizeram vários colchonetes para a gente, a gente deixava guardado lá no posto, aí na hora, um pouco antes da atividade, a gente levava para o Princesa Vitória, deixava pronto, montava todo o circo lá e montava todas as atividades. Aí, quando tudo ficou certinho, a gente começou a monitorar tudo, pressão arterial... porque no começo era tudo bagunçado, uma vez explicava para eles o objetivo, outra vez fazia um pouco do exercício, outra vez monitorava pressão, depois monitorava glicemia... aí a gente foi evoluindo, evoluindo, evoluindo, evoluindo... até chegar num momento em que as coisas andavam muito bem, pelo menos para aquele posto. Tudo era monitorado, porque aí a gente foi ampliando o número de alunos que foram participando, aí os alunos do segundo ano ouviam falar do programa, “ai, nós podemos participar?” “Podem, se vocês participarem tem que ser assim, assim, assim...” aí um começava a fazer o levantamento do prontuário, outro passar a limpo, outro fazia crachá... em pouco tempo, a gente transformou aquele programa de atividade física do, eu digo do Princesa Vitória, mas não é, na verdade é do Posto da Vila Cristina, num programa assim, que era modelo mesmo. Aí elas convidaram a moça que fazia parte, acho que do programa da 29, que tinha os pacientes, aí eles acharam excelente, aí começaram a copiar o modelo, e aí os outros postos começaram a se interessar. No começo, a gente restringiu um pouco, a gente falou, “não, vamos continuar com o Princesa Vitória até a gente ver se está dando algum resultado, etc, antes de ampliar muito, porque senão..”. Primeiro porque a gente não dá conta, tem que ter uma equipe muito grande, versátil, a gente precisa treinar o pessoal para fazer isso. “E então vamos ver se vai dar tudo certo, realmente”. Eu sei que as coisas, pelo menos naquele posto lá, evoluíram de uma tal forma, que quando

tinha assim, por exemplo, aquela festa de Dia da Cidade, festa caipira, qualquer data comemorativa, 'Nossa!', era uma festa totalmente, porque todo grupo que fazia atividade física, participava, levava pratos, a gente levava o som, enfim, eles participavam ativamente de todas as coisas. Os médicos lá, eles deram cobertura, enquanto a gente fazia tudo porque se acontecesse alguma coisa, e tudo, né. Aí eles começaram a colocar uma ambulância, se fosse necessário, levar alguém, se desse algum problema. Graças a Deus, dificilmente deu, porque a gente selecionava. Então, por exemplo, se tinha um paciente que tivesse a pressão arterial um pouco alta ou que a glicemia fosse muito alta, aí a gente já orientava para primeiro melhorar o estado geral, a gente passava pelo médico, ia monitorando a glicemia até melhorar, aí quando o paciente estava melhor, aí ele engrenava de novo no programa de atividade. Então dificilmente aconteciam coisas no meio do caminho porque... a gente tomava um certo cuidado. A gente pedia para o paciente, se ele não estava muito bom, para ele retornar ao médico para o médico monitorar, fazer o tratamento, e depois voltar. E aí, toda semana a gente fazia também, um programa de esclarecimento. Então, por exemplo, enquanto os alunos iam dar uma aula, de atividade física, “olha, o movimento é esse, primeiro faz uma atividade de aquecimento, depois faz a atividade mais importante, e depois faz a volta ao normal”, e não sei o quê. Enquanto... antes disso a gente programava um período de tempo para explicar para eles, “olha, o estado nutricional do paciente é importante, é importante que vocês não mintam para a gente. então, por exemplo, se a gente vai fazer um monitoramento de glicemia, se você estiver em jejum, fala, ‘olha eu estou em jejum, então a gente sabe o que a gente está fazendo. Se você não estiver em jejum, e você comeu, avisa também, não tem problema, avisa também, não tem problema que comeu, ninguém vai te ferrar por causa disso, mas a gente vai dar condições para que vocês façam com segurança’”. Então, o que é ideal comer? Então a gente fazia palestras, por exemplo, para eles, dizendo qual a nutrição mais adequada, o que a fibra fazia, por exemplo, de importante para o diabético, o que eles deveriam comer, então como eles deveriam chegar ali. Mas, chegou no estado “errado’, vamos dizer assim, ele comeu muito carboidrato, ele não está bem, avisa, é muito simples, por quê? Porque a gente monitora melhor e a gente não corre riscos. Então a gente, em toda aula dava uma prévia explicando tudo que eles tinham que fazer, se eles deveriam usar tênis confortáveis para não machucar o pé, para sempre olhar as unhas, se não tinha nenhum problema, se não tinha nenhuma infecção, se não tinha nenhuma infecção nas pernas, enfim, para não ter nenhuma

intercorrência de problemas associados ao diabético, o pé diabético, como essas coisas de infecção, que poderia acontecer. E, eu acho que foi muito importante, por exemplo, todas essas aulas básicas que a gente dava pra eles, para que eles aí fizessem a atividade física, entendeu? Então, quando eles iam fazer, eles já estavam cientes. Então, se um não estava se sentindo bem, já avisava e então não corria muito risco, a gente já mandava para o médico e já diminuía o risco dele. Se o outro estava bem, “então vamos fazer”, se o outro comeu não sei o quê, então isso pode e então tudo bem fazer atividade. Se chegou em jejum também, vai ver a glicemia, mas não vai fazer a atividade porque corre o risco de diminuir a glicemia, e ter problemas, então a gente orientava em todos os aspectos. Então, olha, foi muito satisfatório porque eles não tendo problemas, também não ocasionava nenhum problema para nós. E aí a gente passou a ser muito bem vistos pelos médicos, que davam assistência lá, porque aí eles falavam, “não, o programa de atividades deles está funcionando muito bem, porque a gente não tem coisa ruim acontecendo no meio do caminho”. Sabe? Não tinha, dificilmente alguém iria desmaiar, por hipoglicemia, dificilmente iria acontecer alguma coisa assim, porque eles estavam muito bem monitorados. E aí, como o resultado foi muito bom, todo mundo falava bem. Quer dizer... e aí tinha uns fisioterapeutas, que trabalhavam no Princesa Vitória, 'Nossa!', eles achavam tão fantástico o sistema que a gente fazia que que vieram conversar com a gente sobre a possibilidade de ampliar para um monte de lugar, um monte de gente, e aí a gente dizia, “olha, é interessante, mas a gente tem que ir com calma, porque a gente também não tem uma infraestrutura na UNESP que garanta nossa participação efetiva em muitos programas, a gente tem que ir crescendo devagar, porque se crescer muito rápido de repente cai também”, né. Mas eu sei que a propaganda foi fantástica, porque todo mundo falava bem, desde os médicos, os dentistas saíam de lá do porque eles faziam parte do programa do postinho, e iam lá ver o nosso programa de atividade física porque achavam muito bom. Os fisioterapeutas do Princesa Vitória a mesma coisa, né. E aí a moça da prefeitura, a responsável lá, ela começou também a falar muito bem da gente, em todas as instâncias. Então até se prontificaram, como a gente não tinha nenhum nutricionista, a gente dava algumas orientações nossas, do nosso conhecimento, mas não tinha nenhum nutricionista participando. Elas arranjam uma nutricionista, da Prefeitura, para dar um certo monitoramento, então de vez em quando ela dava umas palestras, lá. Só que ela era muito dura, era muito rígida, assim, muito ‘caxias’, aí os pacientes não gostavam muito, ((acha graça)) porque na hora em que

você fala para o paciente, “olha, tem tal coisa que você não pode comer, a gente não fazia dessa forma”, a gente falava, “olha, isso não é bom, mas se você comeu, tudo bem, a gente vai começar devagar”, a gente vai mudando devagar a ideia do paciente. Aí e tinha uma nutricionista lá, eu não lembro o nome dela também,

P: Maura?

R: Maura. É essa, que ela era tão dura com os pacientes, que tinha uns que quando ela falava ((acha graça)) “não, a gente quer continuar, mas, fala para os seus alunos virem mais dar assistência aqui, porque nós não queremos aquela lá, não, porque ela é meio complicada...” Na verdade você não pode ser assim, muito duro, porque aí já apavora um pouco, né. E aí, os nossos alunos davam conta muito melhor do recado, porque eles tinham os conceitos de nutrição, mas eles tinham essa noção de passar de uma forma mais suave. Então foi muito interessante, porque aí, a gente aqui dentro da UNESP, também, eu, o Eduardo e os alunos, nós conversávamos muito, nós fazíamos muita reunião, naquela época, e o Eduardo, naquela ocasião, ele não viajava tanto assim para São Paulo, então nós conversávamos muito sobre o programa e tudo aquilo que era útil a gente incrementava, melhorava, e tudo aquilo que a gente achava que não funcionava, a gente ia melhorando. Então foi sendo lapidado, com o tempo. As nossas discussões foram muito importantes, por quê? Melhorou o programa em sim, e melhorou até o nosso conhecimento, porque aí aquela interação, que eu não tinha experiência nenhuma de interagir com o paciente, de saber como é que ele está fazendo, quantas mentiras ele conta? Porque, no começo, ele fala, “ai, eu faço tudo direitinho, não como isso, não como aquilo”, mas na hora e que você vai checar, não bate, e aí eu fui tendo esse conhecimento mais prático da coisa. E aí a gente discutia muito aqui, eu e o Eduardo, e esses que começaram, né, e aí a gente ia acertando bem, esse programa, né, tanto que aí os novos estagiários foram fazendo folhetos, panfletos, para distribuir para eles, 'Nossa!', esses panfletos, eles distribuía pra os vizinhos, os vizinhos queriam participar. A coisa foi tomando uma dimensão enorme, aí eles pediram, aí a pessoa da Prefeitura pediu para que a gente ampliasse para o posto da '29', para os demais postos, e aí a gente começou. Até em um dia em que a gente foi ao posto da '29', acho que você estava fazendo algum programa lá, na '29', e aí nossos alunos falaram, “'Nossa!', que ótimo, já tem alguém da UNESP”, eu falei, “excelente”. Porque a gente não tinha muita massa crítica ainda de alunos estagiários em número suficiente para atender essa demanda toda. Então, se tem alguém da

UNESP aí, ótimo, porque pode ampliar sem que a gente venha direto, porque a gente também não dava conta de tudo. Mas, aí o Eduardo falou, “olha, eu acho interessante a gente ampliar, porque nós estamos vendo que a necessidade desse povo de Rio Claro é muito grande”, e eu falei, “ai, Eduardo, eu tenho medo”, ele falou, “ah não, nós vamos ter que ampliar, sim”, então ele foi uma figura chave nesse projeto, porque ele tinha essa visão maior, de amplitude. E eu já comecei a ficar com medo, porque quando eu vi que o povo só posto lá estava lotando de gente, cada atividade física que a gente ia dar, lotava a quadra, eu falei, “Meu Deus...” A gente tinha que fazer chamada, aí tinha lista de presença, era imensa a lista de presença, eu já comecei a me apavorar, né, como eu não tinha experiência com muita gente, eu falei, “Eduardo, é perigoso a gente levar isso para muitos postos”, ele falou, “ah, é, mas a gente vai arriscar, a gente vai tentar, eu vou pegando os meus alunos aqui também, eu vou orientando eles”. Aí ele tinha alguns alunos que já começaram, aí outros que foram ajudando a ampliar, aí, enfim, a coisa foi tomando uma dimensão muito maior. mas o início foi dessa forma. Acho que eu falei até demais, né. ((riso))

P: Não, está ótimo, já me respondeu várias coisas já.

R: Ah, que bom.

P: Por exemplo, ficou claro para mim que foi uma procura da saúde de Rio Claro, na UNESP, para se fazer um programa.

R: Isso.

P: Você sabe me pontuar, se isso fazia parte, como uma preocupação, da situação de saúde do país, o programa foi moldado pensando nisso? Parou e pensou, “olha, no país existe esse problema, nós precisamos atacar esse problema”?

R: Olha, não me pareceu. Pelo menos da forma que chegou aqui, eu entendi, mas pode ser uma visão minha. Pela forma pela qual elas vieram conversar comigo, na primeira vez, e eu não tinha estrutura nenhuma, eu entendi que elas sentiram uma necessidade local, em primeiro plano, aquela do posto da Vila Cristina. Ela sentiu uma necessidade local ali, de pacientes que tinham a doença, tinham o problema, e eles, acho que tinham um médico no início para atender e era muita gente. Então ela viu uma necessidade de algo um pouco maior, e ela tinha um pouco uma visão de talvez uma parceria com a Universidade ou qualquer coisa assim, e um pouco também, da

Prefeitura, talvez, da visão dos postos da cidade. Então eu acho que essa da Prefeitura, ela pensou assim, “Puxa!’, se eles lá na Vila Cristina, estão com essa necessidade, me parece que outros postos também vão ter a mesma necessidade”, porque quem frequenta os postos normalmente não tem condições financeiras de fazer exercícios de forma nenhuma. Então me deu a impressão de que não era uma coisa assim, muito do país, ainda, porque hoje a atividade física está muito divulgada. Depois daqueles programas do Vitor Matsudo, em São Paulo, depois ele ampliou, depois no Fantástico começou com um negócio de medida certa, mais recente, etc, agora se tem uma visão, mais assim, “o país necessitando da atividade física”. Mas, quando a gente começou, isso faz muito tempo, e não tinha, pelo menos que eu tenha conhecimento, na região aqui não tinha nada parecido. Eu não vou dizer que não tinha nada igual, igual não tinha mesmo, nem em Rio Claro não tinha nada, e na região também não tinha nada parecido. Então, se ela viu, se ela teve essa visão por ter visto algum programa, talvez do Vitor na época, eu não sei, eu não sei exatamente quando é que começaram aqueles programas lá, e se ela tinha outra visão eu não sei. Mas o que ela me trouxe foi uma necessidade assim, muito local, que ela sentiu naquele posto, e aí ela veio procurar um socorro. E aí até que deu certo, eu não sei se ela procurou a pessoa certa, não, talvez eu não fosse a pessoa certa, porque tinha porque tinham outras pessoas que entendiam muito mais de saúde do idoso, da população, por exemplo. ((acha graça)) Mas, chegou por algumas vias, que, do negócio de diabetes, veio parar em mim, e aí eu tentei me apoiar numa pessoa certa, que foi o Eduardo, naquele momento, e a gente teve uma brilhante ideia de começar, de encarar e de falar “não, vamos ver o que acontece? E iniciar o programa ali”.

P: E no processo de construção do modelo do programa, qual era o objetivo de vocês?

R: O objetivo nosso era tentar levar a atividade física, que é extremamente importante para a saúde, para uma população que não tinha acesso à atividade física por ser carente. Então, o nosso objetivo inicial, ele foi pequeno, assim. Ele não visava uma coisa muito ampla, mas era muito interessante assim, “Puxa!’, essa população que tem diabetes e hipertensão... “ - porque era um programa de atividades físicas para hipertensos e diabéticos. Ou seja, uma grande parcela da população é hipertensa e diabética. Então, é levar a possibilidade da atividade física enquanto algo que melhora a saúde dessa população, para tentar melhorar essa condição deles, a condição de saúde deles. E melhorou muito, melhorou muito porque a gente tem dados concretos



disso. Se você me perguntar, “bom, mas vocês monitoraram a glicemia, melhorou a glicemia deles?” Eu vou afirmar para você, porque o primeiro trabalho que nós fizemos foi exatamente esse, “não melhorou a glicemia deles”. “Melhorou a pressão arterial?” “Melhorou um pouquinho, mas muito pouco”. “Mas melhorou o paciente?” “Melhorou”. Então, até hoje nós estamos buscando respostas para isso, né, mas, atingiu aos nossos objetivos iniciais? Atingiu, por quê? Porque nós conseguimos levar a atividade física para essa população carente. Eles conseguiram entender, por exemplo, que aquela atividade, somente, ela não era suficiente, mas ela estava sendo muito importante, eles conseguiram assimilar isso, e aí quando eles iam para casa, não só com aquele conhecimento que eles estavam adquirindo, mas pela experiência, etc, ao invés de eles irem ao supermercado... pedirem para alguém ir ao supermercado por eles, eles tentavam ir buscar alguma coisa, então faziam uma caminhada a mais, eles iam até a padaria de manhã por orientação nossa. Então, além do programa da atividade em si que eles faziam ali, eles passaram a entender melhor a importância disso. E aí começaram a ir a pé para o supermercado, deixaram de pedir para outros fazerem por eles, começaram a ir à padaria, etc., então isso melhorou a qualidade de vida deles. Então, embora a glicemia se mantivesse elevada, mas eles perceberam que o estado geral deles melhorou muito. Então, a afirmação que o paciente dava, o retorno que ele dava para nós, é que ele estava ótimo em relação a como ele tinha começado. Embora isso não se refletisse em uma medida, de fato, que a gente fazia em laboratório, que nós fazíamos.

P: E desde o começo havia avaliação do programa, então?

R: Tinha, ela era muito humilde no começo. Era só de pressão, porque a gente emprestava os esfigmomanômetros no começo, os estetoscópios, nós emprestavamos do Geraldo, no começo, era pouca coisa. Aí depois a gente emprestava de mais alguns que tinham. Depois o Eduardo tentando comprar alguns, com verba de uma coisa e de outra, então a gente foi ampliando muito devagar. Mas um monitoramento muito humilde, a gente tinha. E a mesma coisa, quando a Prefeitura comprou as fitinhas para medir a glicemia, a gente levava os nossos aparelhos e media com a fitinha deles. Então já dava uma noção se eles estavam mais ou menos bem, ou não, enfim, tinha uma avaliação sim. Muito simples e rudimentar no início, depois isso foi sendo melhorado, aí posteriormente eram coletadas amostras para fazer avaliação de outros parâmetros, de gordura, por

exemplo, triglicérides, colesterol total, frações, etc., mas aí traziam as amostras para o laboratório e eram feitas aqui, as amostras. Eles conseguiram alguém da Prefeitura também para coletar sangue, a Prefeitura se colocou mesmo à disposição e eles colaboravam muito com a gente, porque se a gente dizia assim, “olha, nós vamos precisar monitorar e trazer as amostras para a UNESP, vocês colocam uma enfermeira, ou qualquer coisa, para tirar o sangue, para coletar o sangue?”. Eles arrumavam pra gente, a gente acertava os dias, enfim, mas tinha.

No começo era um monitoramento muito rudimentar, e depois foi melhorando.

P: Referente a recursos financeiros, o programa sempre teve? Passou a receber? Como funcionou?

R: Não, no começo a gente não tinha nada, nada, nada, era zero. A única coisa que a gente contava era com o auxílio para a pesquisa, que era o que nós tínhamos aqui ((riso)) não sei se a gente pode dizer, que a gente assim... não é que desviava, um pouco. Mas quando resolvia fazer uma medida de colesterol, ele era comprado com dinheiro de pesquisa daqui. Com o dinheiro da FAPESP, do CNPq, de coisas assim, e aí a gente media trazendo de lá, então nós ‘arranjávamos’...

P: Arrumavam alguma verbas.

R: É. Mas não tinha verba, nem para extensão, porque a gente não tinha um programa assim, muito definido, e naquela época não tinha verba nenhuma, nós contávamos com a boa vontade e colaboração. (...) E a Prefeitura, ela foi até que foi muito simpática por um certo ponto de vista, porque um recurso mínimo, de fita para glicose, etc, eles arranjavam, demorava um pouco, aquela confusão de início que você conhece, mas eles davam alguma coisa assim, e a gente ia fazendo.

P: Algum... para a gente poder tentar marcar, cronologicamente. O que você lembra de data, ou ano, período, seja o que for. Quando começou, alguns marcos que você lembre, para me dizer.

R: Nossa, eu não saberia te dizer nem em que ano que começou. Eu acho que eles devem ter até o ano marcado, aí.

P: Tem. Eu tenho informações dessas datas.

R: Eu não sei dizer data para você, não.

P: Tudo bem.

R: Porque o que eu sei, que naquela época, quase ninguém no departamento fazia extensão. Exceto aqueles grupos fortes, como do Professor Gobbi, da Liliam, enfim, alguns grupos fortes, na extensão, mas não tinha muita extensão. Tinha extensão acho que de ginástica, algumas coisas assim, mas relacionado com saúde não tinha programa de extensão. Então foi uma coisa assim... faz muito tempo. Eu não sei falar para você ((acha graça)) quando que começou, mas era uma época em que a gente não tinha nada, mesmo.

P: Me parece que eh... o programa de extensão que se criou, se criou através de uma demanda que a sociedade veio atrás da Universidade, não foi a Universidade que parou e pensou num problema de investigação e foi até a comunidade investigar esse problema.

R: Isso.

P: A comunidade buscou, a Universidade encontrou um problema, mas antes mesmo disso já estava atendendo. Eu queria saber o que é que você pensa, desse papel da Universidade em aceitar esses desafios, a importância da Universidade dentro desse contexto, "deixar as suas formas de avaliação tradicionais, como a pesquisa, como o ensino, e ir para o universo da extensão, ouvir a comunidade e levar, e dar continuidade nesse programa, não terminar no resultado de uma pesquisa".

R: Sim. E eu acho fundamental a continuidade das coisas. Da forma em que aconteceu o nosso programa, em particular, foi uma forma muito interessante, porque ele partiu da sociedade, de uma necessidade da sociedade, e na Universidade ele encontrou um meio de atender essa demanda. Como é que ele encontrou esse meio? Porque aqui, também, ele encontrou pessoas com formação básica, ao contrário do que muita gente pensa, tem gente que pensa, por exemplo... posso falar?

P: Fique à vontade.

R: Tem gente que pensa que porque aqui dentro a gente trabalha com rato, que a gente nunca vai passar a aplicar esse conhecimento obtido com o modelo de pesquisa - com rato, com camundongo, com coelho, seja lá o que for -, que a gente nunca vai aplicar isso para a comunidade. E nós conseguimos provar exatamente o contrário, porque a necessidade da sociedade chegou para a gente, mas nós tínhamos

conhecimento suficiente do assunto para devolver uma coisa boa para a sociedade, então, para levar o nosso conhecimento, a nossa contribuição para a sociedade. Então, eu vejo esse programa, em particular, de uma forma muito positiva. Então eu acredito que se você tem pessoas muito bem formadas, dentro da Universidade, você consegue dar esse retorno. Ao contrário do que muita gente pensa, que você pode aplicar uma coisa sem muito conhecimento. Você tem que estar muito bem fundamentado na literatura, no conhecimento científico para dar essa contribuição. Se você não tiver essa fundamentação científica, talvez você faça um papel ruim, porque você não sabe até que ponto você pode chegar, com aquela atividade, até que ponto que aquilo pode ser ruim, para a sociedade, ou não, então eu acho uma forma interessante. Eu não sei. Eu vejo dessa forma. Então, quanto melhor for formado o seu aluno dentro da Universidade, quanto mais ele tiver uma formação sólida, melhor vai ser a contribuição dele de retorno para essa sociedade. Eu vejo assim, eu acho que um conhecimento superficial dentro da Universidade, ele não pode dar esse retorno. Então, às vezes, se você começar só pela extensão, vai ser simplesmente uma troca de experiências, mas não bem fundamentada. Você só pode ter essa fundamentação científica na questão científico-acadêmica, mesmo. E foi exatamente o que encontrou esse programa. Então eu acho que esse programa foi muito bom, para a sociedade, por causa disso, porque ela encontrou gente aqui que realmente conhecia o assunto.

P: O programa teve seu primeiro nome como Programa de Atividades Físicas para Diabéticos e Hipertensos, muito relacionado com o seu público-alvo do programa.

R: Isso.

P: Passado algum tempo, o programa passou a ser denominado Programa de Exercícios Físicos em Unidades de Saúde, suprimindo do nome o público-alvo. E houve, inclusive, uma mudança no público-alvo, não se restringindo apenas a diabéticos e hipertensos. Você acredita que isso faz parte de algo natural, da própria necessidade da Saúde? Você saberia me pontuar alguma coisa?

R: Eu acredito que sim, porque, veja, o nosso objetivo inicial era atender a diabéticos e hipertensos pelo fato de a gente ter um conhecimento científico até maior voltado para essa linha, para essa área. Mas, quando a gente foi percebendo, o programa, ele foi tomando uma dimensão maior, pela necessidade da sociedade também, em

algo mais abrangente. Então, dentro do nosso próprio programa, mesmo no início, começaram a surgir pacientes que tinham outros problemas de saúde, mas que viam ali uma possibilidade de encontrar alguém que passasse o exercício físico para eles, que desse esse nível de atenção a eles. Então, eu acredito que a sociedade, ela tem necessidades muito maiores ainda, por quê? A gente restringiu para diabéticos e hipertensos. Mas, se a gente tivesse um potencial de docentes, um potencial de alunos estagiários que fosse mais abrangente para outras necessidades da população também, para outras patologias, etc., eu acredito que poderia ter uma amplitude ainda muito maior, porque a necessidade da sociedade é muito grande, tanto que tinha gente que com outras síndromes totalmente diferentes, do nosso público-alvo, e que começavam a frequentar, por necessidade, e a gente até chegava a dizer para eles, “olha, o programa não é mais voltado para isso, quem sabe se vocês não encontram outras possibilidades”, né, e era até difícil convencê-los, porque eles tinham uma necessidade realmente. Ou seja, existe uma necessidade grande da sociedade, em busca de programas dessa natureza.

P: Você diria que as pessoas envolvidas no programa eram dedicadas e motivadas?

R: Totalmente. E eu acho que, pelo menos da forma em que ele começou, olha, houve uma integração assim, maravilhosa. Eu não sei se é porque no início não existiam muitos programas de extensão, então as pessoas começaram a perceber que aquilo que a gente fazia dentro da Universidade era útil, até aqui dentro da Universidade as pessoas começaram a perceber isso, porque tinha colegas nossos que achavam que a gente não servia para nada. ((acha graça)) Eu estou sendo sincera. Tinha muita gente que achava assim, “ai, aquela professora lá trabalha com ratinho lá no fundo do laboratório, eu acho que aquilo não serve para nada”. Talvez achasse até que o Eduardo Kokubun, que tinha experiência com humanos, mas ele também tinha uns ratinhos lá que de vez em quando ele tratava lá no fundo do laboratório, “sei lá para que aquilo serve”, os nossos próprios colegas de departamento. Mas, felizmente, naquela época nós tínhamos algumas chefias que foram bastante favoráveis, eles incentivavam muito a gente. Nós tivemos chefes, colegas, etc, que embora não soubessem muito o que a gente fazia, que chegavam aqui para a gente, de vez em quando, e falavam assim, “puxa vida, eu fiquei maravilhado com o programa de extensão que vocês estão fazendo, eu não sabia que vocês estavam fazendo um programa de extensão tão grande para a comunidade, eu fiquei sabendo porque

fulano de tal me falou, porque o dentista lá não sei onde que atende lá me disse que a UNESP está fazendo um programa fantástico, e eu fiquei sabendo que são vocês que estão fazendo”. Aí vinha outro, “não, o médico fulano disse que tem um negócio muito bacana que a UNESP está fazendo”. E aí muita gente começou a falar bem, e os nossos próprios colegas, na época, respeitavam muito, nós tínhamos bons colegas, docentes, etc., que chegavam aqui e falavam, “olha, eu fiquei muito contente de ver que vocês estão fazendo um negócio bacana, mesmo”. E aí a própria direção do Instituto em alguns momentos veio comentar, “puxa, vocês estão fazendo alguma coisa muito boa”, né? Então, aí eles começaram a perceber que, os nossos próprios colegas que achavam que a gente tinha um ratinho que não servia para nada, começaram a perceber que a gente punha aquilo em prática, e esse era um objetivo importante da Universidade, e a gente estava atingindo o objetivo. Então foi muito bacana. Eu acho que esse programa mostrou muito para o nosso próprio departamento. Infelizmente, houve uma chefia, posteriormente, que quis afundar, fez tudo para que o Programa morresse, se pudesse, daria, assim, veneno para o Programa morrer, de alguma forma. Mas eu acredito ainda nas coisas boas que as pessoas fazem, que plantam. Então eu acho que o Eduardo, por exemplo, foi uma peça fundamental, dentro do departamento, nesse sentido de plantar coisas boas, por exemplo, e dar bons frutos. Então essas coisas boas, graças a Deus, mesmo que alguns queiram pisar, afundar, enterrar, não. Não vai conseguir nunca, graças a Deus, a coisa funciona assim. Então, não adianta, esses indivíduos fizeram tudo para tentar derrubar, e felizmente não conseguiram porque a coisa é sólida. Por isso que eu digo, que a formação básica, ela é importante, porque ela solidifica isso que é passado para a comunidade. Então, graças a Deus, mesmo com toda a tentativa de derrubar o Programa, não conseguiu porque tinha muita coisa boa sustentando.

P: Nesse momento, Professor 1, fique à vontade para acrescentar alguma informação que você julgue pertinente para essa pesquisa.

R: Olha, eu acho que se a gente conseguisse mais recursos... eu sou suspeita para falar, porque como eu estou em um momento agora, quase que de saída por uma necessidade particular minha, né, se dependesse da minha vontade eu nunca teria deixado o Programa. Não só da minha vontade, mas da necessidade do programa em si, da minha própria necessidade de continuar colaborando com o professor Eduardo, que eu sempre aprendi muito, desde quando eu era colega dele, da USP, até hoje,

que eu estou praticamente saindo da Universidade, mas a cada dia que eu vivi aqui eu aprendi muito com ele. Então, essas nossas discussões todas, desde o começo do programa de extensão, elas foram básicas para eu estar aprendendo a cada dia. Embora eu esteja quase que saindo da Universidade, mas eu continuo aprendendo. Mas aprendendo com pessoas desse nível dele, que trazem muita contribuição para a gente. A cada coisa que ele fala a gente aprende, a cada coisa que nós discutimos, e que eu fui contrária a algumas posições dele, mas era muito interessante, nós discutíamos, eu era contrária, aí eu ia para casa, eu refletia, no dia seguinte eu dizia “não, eu entendi o que você quis dizer”. Eu acho que essa reflexão é muito importante, então cada vez mais eu entendia como é que as coisas funcionavam. Então, eu acredito muito nesse nível de competência, por exemplo. E eu acho que só isso que dá um retorno muito bom, para a sociedade. No caso, foi para uma sociedade carente, etc., mas eu acho que a amplitude que isso tomou depois, também, não foi só para a sociedade carente não. Eu acho que toda a sociedade de Rio Claro hoje conhece o programa dos postos, de extensão, e sabe o quanto que ele é sólido, embora essa sociedade desconheça o ‘período negro’ que nós passamos dentro do departamento, cuja chefia queria afundar... se você quiser que eu cite nome, eu não tenho problema nenhum com relação a isso, embora todo mundo saiba, né, eu não tenho problema nenhum com relação a isso.

P: ((acha graça))

R: Porque felizmente eu não devo nada, para essa gente suja, está? Muito pelo contrário, eu acho que graças a Deus eu aprendi muito, com gente muito bacana, e que teve muito para oferecer, a vida toda aqui dentro, para me acrescentar, enfim. Eu acho que a gente contou com pessoas maravilhosas, nesse tempo todo, não só dentro do departamento, dentro do laboratório. A Clarice participou desde o primeiro dia, desse programa, intensamente, tudo que a gente não conseguia, eu dizia, “Clarice, socorro, a gente está precisando disso”, a gente sempre foi atendido. Coisas do Instituto também, à medida em que foi possível conseguir alguma verba, junto ao Instituto, para que o programa de extensão tivesse coisas boas, a gente conseguiu obter. Nas gestões anteriores, de direção, vice-direção e particularmente, a Ciça, da vice-diretoria, ela ajudou muito a gente, por muito tempo. Eu acho que a Ciça deu uma contribuição muito grande para que nosso programa evoluísse bem. Então por isso que eu digo, em alguns momentos que embora tenha tido uma chefia que quisesse

afundar o nosso programa, ela não conseguiu, graças a toda essa gente que contribuiu, toda essa equipe, maravilhosa que contribuiu para que o programa fosse bem. Infelizmente, eu tive, em um momento eu tive que ir me desligando do Programa, não só do programa, mas das orientações que eu tinha, etc, por necessidade de problemas particulares, então... mas se não fossem esses problemas, eu continuaria no programa de extensão porque eu adorei trabalhar com essa equipe maravilhosa, que eu acho que funcionou muito bem, que as coisas andaram maravilhosamente bem. Fiz pesquisas minhas, que eu nunca tinha programado para fazer pesquisas com humanos, de alto nível, está? Teve alunos meus, como o Alberto, que você chegou a conhecer, que fez uma pesquisa maravilhosa, junto ao posto. O Rafael Silveira, que – o Murphy – fez uma pesquisa maravilhosa com esse pessoal dos postos. Então eu contei com uma equipe maravilhosa, com o José Alexandre, que também participou diretamente do programa com os postos, colaborando muito também, e outros alunos mais do Eduardo, da Maria Alice, que são pessoas que eu gostaria de trabalhar sempre. Você, que em todos os momentos deu uma contribuição fantástica, em todos os eventos. Se a gente não conta com pessoas que têm esse tipo de experiência, a gente também não é nada. Eu acho que essa interação que acrescenta muito a tudo isso, porque eu tinha a minha experiência de ciência básica, o Eduardo tinha de ciência básica e de exercício, aí vocês todos com experiência de sociologia, de coisas outras que vêm contribuir muito. Então eu acho que esse conjunto fez com que o programa se tornasse forte e sólido, está? Então eu acho que é isso que eu tenho para dizer, eu não gostaria de esquecer o nome de ninguém, por isso que eu não estou falando muito os nomes...

P: Fica tranquila em relação a nome.

R: ... que é para não esquecer mesmo, o Dr. Geraldo, na época, que teve uma contribuição maravilhosa. Até nos eventos que a gente fazia lá no posto, ele comparecia, quando foi convidado o Grael, acho que você esteve por lá também. E eu acho que foram momentos inesquecíveis, que fez com que o programa se solidificasse cada vez mais, e eu acho que é mais ou meno isso. Não gostaria de esquecer o nome de ninguém, porque teve muita gente importante, mesmo.

P: Eu vou pedir agora para você, Professor 1, antes de a gente acabar, para contribuir para minha metodologia, que você me indique as pessoas que são imprescindíveis que eu entreviste, para ter o perfeito recorte deste momento do programa.



R: Tá, deste momento inicial, você diz?

P: Isso. Deste momento inicial. As pessoas que foram envolvidas desse momento.

R: Eu acho que praticamente todas elas você já tenha até entrevistado, porque... é claro que, fundamental é o Eduardo Kokubun, que foi quem começou o programa comigo, acho até que... eu não sei se a Maria Alice, por exemplo, falaria alguma coisa, porque ela não participou do Programa mas ela forneceu muitos alunos para participarem. Então, de repente se um dia ela estiver em Rio Claro, se você conseguir conversar com ela, até informalmente para ter alguma coisa a mais, a acrescentar, eu acho que é interessante. Embora ela não tenha participado diretamente do programa em si, mas ela forneceu muito aluno para contribuir, então acho que poderia ser uma possibilidade. O doutor Geraldo, acho que se você tiver a oportunidade, acho que seria muito legal. Acho que a a Clarice, talvez o professor José Maria de Camargo Barros, que de uma forma ou de outra, ele estava presente, e ficou muito contente quando... ele não participou diretamente. Mas ele ficou muito satisfeito quando ele viu que a gente conseguia aplicar a ciência básica para a comunidade. A Vera Simões, que foi professora de nataçãõ, ela viu tudo isso crescer, então... o próprio professor Luiz Lorenzetto, que também tinha a visão... o Gobbi, que também, de uma forma ou de outra... a Lilian, que também participou, de uma forma ou de outra, pelo menos vendo a gente se mobilizar com as coisas, né... deixa eu tentar lembrar quem mais... alguns alunos, se você tiver acesso. Um deles é o Rafael Silveira, o Murphy, o próprio Alberto, que... o Ricardo Gomes, que hoje está em Santos, na UNIFESP, o Gustavo Rogatto, que de vez em quando ele está por aqui em alguma defesa de tese, 'Nossa!', ele foi com a gente lá no primeiro dia, o Ricardo também, no primeiro dia também, esteve presente, eu acho que, 'Nossa!', eles devem ter lembranças assim, fantásticas, né. O Elton é mais difícil, ele é professor na rede, em Rio Claro, o Elton Ermínio, mas também participou diretamente, a Fúlvia, que você já entrevistou também, o próprio Cláudio, que embora não tenha feito parte do Programa, mas ele foi chefe de departamento, em períodos importantes para o programa de extensão, facilitando algumas coisas. Aliás, com aquela exceção de chefia que eu falei para você, todas elas contribuíram para o melhor que a gente pudesse dar. As gestões de diretoria também, a Ciça seria uma importante pessoa para você estar conversando, também, que também ajudou muito, será que eu estou esquecendo de alguém? ((acha graça))

P: Fique tranquila, que já me serviu de várias coisas.

R: No momento eu estou lembrando desses, se eu até lembrar depois de mais algum, se eu puder falar posteriormente...

P: Pode.

R: Porque às vezes a gente esquece algum nome.

P: Não tem problema algum

R: Tá, até essas pessoas do posto, que algumas delas você até conhece, também acabaram participando de uma forma ou outra.

P: Está ótimo, obrigado.

R: E se eu lembrar de mais algum, até te falo.

P: Tranquilo.

R: Eu que agradeço a oportunidade de estar falando, acho que até falei demais e talvez não falei aquilo de que você precisava.

P: Não, não, você...

R: Mas eu falei tudo que eu lembrei, né.

((fim da transcrição))

# APÊNDICE V

## TRANSCRIÇÃO

Américo Valdanha Netto

—

PROFESSOR 2

### **PARTICIPANTES**

P: Pesquisador (Américo)

R: Participante (PROFESSOR 2)

### **TEMPO DE GRAVAÇÃO**

65 minutos

### **LEGENDA**

... → pausa ou interrupção.

(inint) → palavra ou trecho ininteligível.

(palavra) → incerteza da palavra transcrita / ouvida.

((comentários de transcrição))

---

(INÍCIO)

P: Por favor, me informe o seu nome completo.

R: PROESSOR 2.

P: Qual o seu histórico de envolvimento com o programa de exercícios físicos em unidades de saúde do Município de Rio Claro?

R: Eu comecei, na verdade, foi em 2001. A professora eliza foi, tinha sido procurada pela coordenadora da unidade de saúde de Vila Cristina, e eu acho que o nome dela era Bete, se eu não me engano. Isso, era, era Bete. E ela foi chamada pela Bete para fazer uma série de palestras no programa de hipertensos e diabéticos que a Secretaria de Saúde fazia no município. Então ela tinha pedido para Eliete arrumar algumas palestras lá para os pacientes. Como envolvia hipertensos também, ali, a Eliete era mais diabéticos, ela pediu para que eu também participasse dessa série de palestras. E aí a gente começou dando palestras. Reunimos alguns alunos, deixa ver se eu consigo lembrar. Acho que Fúlvia, e Nanda, o Fábio Nakamura que está fazendo não sei se mestrado ou doutorado comigo naquela época. Tinha um aluno da Eliete, que era o Rafael, o Murphy. Que mais? Não sei se o Ricardo Gomes estava junto. Tinha o Rodrigo, o “Cerelepe”. Bom, e aí a gente foi dar palestras. E então a ideia era cada grupo, o atendimento era feito em grupos e o grupo tinha uma reunião mensal na unidade. E a gente foi... toda semana tinha um grupo. A gente foi durante o primeiro mês, a gente foi dando palestras, sobre como fazer atividade física, o que é importante, o que não é... a gente pegava numa sala pequena ali, não me lembro se era na sala de estar, na sala de espera, alguma coisa assim. E a gente ia dando palestras. E dávamos alguns exercícios que dava para fazer sentado, um alongamento, alguma coisa desse tipo. Mas logo assim, na primeira semana, na primeira ou segunda semana, primeira ou segunda reunião, já deu para perceber que as pessoas queriam fazer exercícios. E acho que no final do primeiro mês, que deu a primeira rodada, tínhamos... combinamos com a Bete e ela resolveu fechar o estacionamento de lá da unidade, da UBS, para fazer atividade física. Então, naquele dia foi muito interessante. A gente combinou uma série de atividades para fazer lá. Basicamente que eu me lembre, eu acho que era um circuito de atividade diária, atividade física diária. Levantar, transportar, coisas desse tipo. E o dia que a gente chegou, a Bete saiu pelo corredor, pedindo para que todo mundo que estava com o carro estacionado, que trabalha na unidade, com o carro estacionado lá dentro, tirasse

o carro. Aí a gente começou a fazer atividade lá. Depois, com o tempo, naquela época, o Secretário Municipal era o Stivalli, o Secretário Municipal de Saúde era o Stivalli, e ele tomou conhecimento, a Bete... eu não lembro como é que foi exatamente isso. Começamos a ter contato direto com ele, e ele incentivou fortemente que a gente continuasse fazendo isso. Então tivemos várias conversas com ele, Stivalli, e ele... e ele era um entusiasta, ele achava que... em várias conversas ele dizia isso “não, olha, a gente precisa colocar em toda unidade de saúde, colocar alguma quadra, alguma instalação de atividade física, porque isso é saúde, o resto é doença”. Então a ideia com ele, aí nós fizemos várias projeções. Chegamos a dar assim, fizemos várias projeções e a gente fez o levantamento com base num levantamento de hipertensos, diabéticos, que a prefeitura, a Secretaria da Saúde, tinha feito com entrevistas de rua, durante campanha, durante campanhas. A gente estimou o número de pessoas com mais de 40 anos, com hipertensão e diabetes no município. E a gente estimou que o Sistema de Saúde do município poderia alcançar algo em torno de 10 por cento dessa população. Com base nisso, a gente chegou a alguns números, teremos que atender 2 mil, 3 mil pessoas, eu não lembro exatamente o número. E a gente mapeou as unidades de saúde no município, e daquela época o Stivalli, a gente pensou em chegar a oferecer atividade física em todo o município. Na época, o prefeito era...

P: Claudio di mauro?

R: O Claudio di mauro soube, a gente teve conversas diretamente com ele e tudo o mais. E ele também foi um forte incentivador dessa atividade. Então certa vez ele estava fazendo uma visita na atividade física lá na Vila Cristina, aliás começamos fazendo no estacionamento da unidade, e depois nós chegamos, a própria Bete procurou a coordenadora do Princesa Vitória e conseguimos a quadra, utilizar a quadra num horário ocioso. Eu não lembro mais quem era a coordenadora do Vila Cristina naquela época. Mas um dia desses a gente estava oferecendo atividade lá no vila... no Princesa Vitória, o Claudimauro, o prefeito, apareceu. E um dos frequentadores, acho que o nome dele era “seu” Alcides, ele pegou e foi falar com o prefeito e disse assim “olha, a gente está fazendo atividade aqui, só que a gente não tem nenhum material, precisava de mais apoio” e não sei o quê e não sei o quê, “ah, o que precisam?”, “colchonete”. Na hora ele ligou, se eu não me engano, para Cláudia, primeira-dama, e pediu para providenciar colchonetes ((acha graça)) para levar para lá. E ele dizia assim “olha, isso é demanda da população. Isso a gente tem que

atender, o serviço, o atendimento que está andando bem”, e assim vai. Bom... quer dizer, o meu tipo de envolvimento era assim. Tinha parte da própria atividade física mesmo, na verdade, assim, a primeira aula, acho que eu mesmo conduzi, fazia muito tempo ((risos)) que eu não fazia isso. Mas assim, com... se eu não me engano, a Inanda, o Fábio, a Fúlvia, são os que me lembro assim, e o Rafael estava ali na hora. Não lembro exatamente muito bem. E aí a gente, a gente (ia) nessas atividades, eu tenho várias sessões, a gente estabeleceu um rodízio. Mas também tinha muito esse contato com a própria Secretaria, para cuidar desse... desse dia a dia. Fazer planejamento e tudo o mais, só que isso ficou muito assim, informal, nunca foi uma parceria nesse período, pelo menos, não existia uma parceria assim, formal, nada, nada assinado, nada desse tipo. Depois disso, nós tivemos mudança de prefeito e aí, assim, toda vez que muda o prefeito, muda o secretário, as coisas mudam. Na verdade, a implantação se deveu muito porque a dupla, prefeito-secretário municipal era muito engajado, eram fortes incentivadores. E quando a gente começou o programa, a gente fez a projeção de onde a gente deveria chegar, e uma coisa que a gente sempre fazia questão de dizer é assim “olha, uma vez que a gente tenha começado, não dá para parar”, por exemplo, aqui, no campus, a gente tem vários programas de atividade física, atividade física, de exercícios, coisas desse tipo, que são feitas assim, como trabalho de pesquisa. Então você recruta um grupo, dá, faz intervenção, quando o projeto termina, o grupo é dissolvido. E aí as pessoas que estavam sendo atendidas, deixam de ter aquela oportunidade, aquele acesso. E isso gera um problema, você criou a necessidade, você criou oportunidade, você criou a demanda, você criou condições, aí você traz, sei lá, que seja 10-20-30-200 pessoas aqui para dentro da universidade. Quando termina o projeto você diz “olha, muito obrigado, você serviu para a gente publicar um ‘paper’, tudo o mais. Daí, pode ir embora” e daí a pessoa fica totalmente desguarnecida.

P: E nesse ponto, você enxerga que é provável que o programa tenha um diferencial entre outros programas de extensão, pode-se pensar que o programa nasça de uma demanda da sociedade e ele é moldado a partir daí, não é um... uma proposta que a universidade levou para ser estudada?

R: É. Não. Eu acho que eu não... não foi assim, a implantação não se... não se pensou, não pensamos em algo tão complexo, né. Sabe? Eu acho que esse tipo de reflexão a gente não fez mesmo. Talvez, talvez assim, com essa interação, com a própria

Secretaria, os gestores da Secretaria, eles apontam a demanda e a gente vai discutindo soluções. Então talvez, falando hoje, nós fazemos a intervenção de acordo com a demanda, sim. Tá?

P: E pode-se dizer, ou melhor, pode-se dizer, não. No momento de formulação do programa, ele foi pensado dentro da situação de saúde do país?

R: Foi pensado? Olha. Vamos lá, aí eu vou pensar... uma das primeiras coisas que a gente aprende com o SUS, é que o SUS funciona porque ele tem as várias instâncias, são... tem relativa autonomia. Ou quase total autonomia. Se você quiser pensar, falar mal, você poderia dizer assim “olha, não existe nenhum controle”. No fundo, no fundo, o sistema, o SUS depende assim, o SUS tem determinados princípios, estão consagrados, são consagrados na Constituição, legislação pertinente à Saúde, e tudo o mais... e o SUS funciona porque o que o pessoal fala é que assim, as pessoas se viciam com o SUS. Você começa a trabalhar no sistema SUS, você tem toda uma série de trabalhos, de discussões. Por exemplo, conferência é um bom exemplo. Conferência de saúde, né. Existem as conferências locais, municipais, as estaduais e nacional. E nas conferências as demandas são discutidas, o poder público presta contas do que foi feito. A conferência ajuda a estabelecer metas para o próximo período, dois anos, cinco anos, sei lá, o que for. O poder público vai lá, encampa isso, incorpora isso na sua política, e depois, numa próxima conferência ele presta contas “olha, tínhamos essa meta. Essa foi cumprida, essa não foi cumprida, e tudo o mais”. E à medida que você vai se engajando com o sistema, você vai pegando a doença do SUS, a doença no bom sentido. Você vai viciando com o SUS. Então o que acontece? O SUS funciona porque tem pessoas envolvidas e engajadas com a proposta. E a proposta do SUS é muito interessante, mesmo. Os princípios, assim, saúde gratuita para todos, atendimento à saúde é um dever do Estado, e assim vai. E as pessoas vão se engajando, sabe-se que existem necessidades regionais. Cada local é diferente, um local é diferente do outro. É mesmo no mesmo município, uma unidade tem uma característica totalmente diferente da outra. Então, o sistema funciona porque as pessoas se engajam. É muito difícil num sistema como esse você ter um planejamento assim, muito geral, que seja universal, que seja aplicada a todo mundo. Basicamente o que existe de universal são metas, metas de quando você pactua um programa, um projeto com gestores, você estabelece metas que são mensuráveis, objetivas, e o modo como você vai atingir isso, você tem autonomia para tomar a

decisão. Então, eu acho que as coisas andaram bastante porque esse tipo de conhecimento, não diria conhecimento, foi incorporado. Ao longo do projeto isso foi incorporado. Então não há um tratamento uniforme, em cada uma das unidades, mesmo dentro da mesma unidade, quando o gestor muda, o coordenador muda, o relacionamento com essa unidade muda. E cabe à gente, pensando no saúde ativa, no papel da UNESP, cabe à gente tentar entender essa necessidade dos gestores, da comunidade e ajustar, auxiliá-lo. Nós somos mais assim, facilitadores. Só que a coisa não funciona muito bem assim. Esse é o princípio para a gente. Mas eu sinto que para muito... para a maior parte dos gestores, eles simplesmente, não é que delegam, transferem a responsabilidade pela atividade física para alguém que vá fazer o serviço. É uma realidade que existe. E eu acho que mesmo nessa situação, a gente tem um compromisso que não dá para deixar de atender a população que precisa, sabe? Então, independente... independente das dificuldades ou conflitos que a gente possa ter com a administração, às vezes a gente tem menos, a gente tem mais. Às vezes a gente consegue atender a demanda deles. Às vezes nós não conseguimos, e vice-versa, tá? A população está em primeiro lugar, sabe? Então a gente não pode abandonar, sabe? A gente... cabe à gente tentar conseguir tocar o projeto independente da temperatura do ambiente. Eu acho que isso faz o projeto sobreviver. Não existe assim... em muitos momentos, isso foi levantado, “olha, isso aqui é apartidário” e aí a gente sabe, sobretudo na administração municipal, assim, a política interfere fortemente, sabe? É muito... as coisas são muito personalizadas. Sabe? Então, nós entramos num momento assim, extremamente favorável. Passamos por períodos que os gestores nem sempre olharam com o mesmo... com o mesmo olhar, sabe? Então, acho que são coisas que a gente vai aprendendo com o tempo também.

P: Qual o objetivo do programa no momento da implantação?

R: Ah, era levar a atividade física para a população. Basicamente isso. Eu acho que assim, ninguém... naquela época a gente já dizia assim “ninguém discute a importância da atividade física”, sabe? Faz bem para a saúde, é aquela história toda. E sobretudo traz assim, quando você faz a intervenção, o que é mais perceptivo é que você melhora o bem estar das pessoas que estão sendo atendidas. Então, isso é uma coisa que acaba contagiando, porque o Sistema de Saúde no fundo trata de doença, doença. Assim, embora prevenção primária, a atenção primária seja... esteja sendo vendida como a principal meta da saúde, justamente para evitar o atendimento



secundário, terciário, sabe, eh... ninguém lembra da saúde do ponto de vista de prevenção. Mesmo porque você pegar e dizer para a pessoa assim “olha, deixe de comer aquela comida que você acha gostosa, não vai ingerir bebida alcoólica que dá prazer, ou deixe de fumar, que é algo que dá muito prazer”, são mensagens assim, são restritivas, no fundo você está fazendo o que? Você está castrando o comportamento da pessoa. Então, é uma... é uma atitude mais ou menos assim eu faço um sacrifício agora para ter um benefício mais para frente. E a atividade física não, essa sensação de bem estar vem de imediato, e que é interessante porque é uma coisa que você faz que traz a sensação de bem estar imediato e que faz bem. Beber, traz uma sensação de bem estar imediato, só que ele faz mal, então é um comportamento que você tem que evitar. Então é muito mais fácil você fazer as pessoas sentirem assim, sentirem motivadas a adotar um comportamento, como a atividade física, porque ele traz um benefício imediato e isso repercute. Quem é beneficiado e quem é atendido, relata isso para os gestores, e isso é visível para o gestor. Não é uma coisa assim “olha eu fiz um sacrifício e estou ganhando com isso”, sabe? Talvez seja uma visão um pouco imediatista, mas a ideia era... a gente tinha feito estimativa na época que nós tínhamos, sei lá, para lá de 70-80 por cento da população de Rio Claro seria inativa ou insuficientemente ativa. E uma das oportunidades onde unidades de saúde serviriam, seria uma oportunidade para as pessoas se realizarem, mesmo porque naquela época, a realidade qual que era? Se você quisesse fazer atividade física, você procurava uma academia. E com o tempo a gente foi avaliando que as unidades de saúde tem localização estratégica, está justamente nessas regiões aí de maior carência, e assim, as pessoas fazem atividade física quando você tem, você está... as instalações estão próximas à sua residência ou ao seu trabalho. Então, implantar um programa em atividade física em massa no campus aqui, não funcionaria para o município. Ninguém viria de muito longa para cá, ou implantar, sei lá, lá no ginásio de esportes, sabe? Aliás as instalações são muito boas, mas quem mora aqui na região da Bela Vista não vai até lá para fazer uma hora de atividade física. Então, em várias oportunidades, isso ficou um negócio muito patente. Certa vez a gente foi, ainda na... gestão o Claudio di mauro, o ministro dos esportes, o Agnello, veio aqui para uma inauguração de uma unidade, de uma unidade de quadra poliesportiva. A ideia da gente era entrar em todas essas unidades da Secretaria de Esportes para oferecer atividade física. E certamente é melhor oferecer atividade lá no local do que fazer todo mundo deslocar numa instalação maior. Então,

como política pública, é mais importante a gente ter esses espaços muito mais próximos, que assim, mais modestos, de custo mais baixo, mas que esteja em vários lugares. Então, a unidade de saúde está lá. Outra coisa que a gente aprendeu é que não é necessário ter uma instalação muito sofisticada, basta ver esse exemplo do estacionamento. Tem uma unidade que a gente entrou, o 29, lá só tem estacionamento mesmo. Ali nas imediações tem pista de atividade física, de caminhada, mas não é nem necessário você atravessar aquela avenida para fazer isso. Você faz por ali mesmo. Então eu acho que essa filosofia é uma das coisas que ajuda, ajuda bastante a disseminar.

P: São fatores que eu posso apontar como... que ajudam para a pertinência do programa, que validam a pertinência da existência do programa.

R: Aí é que tá, eu não sei se diria “pertinência”.

P: Todo o modelo, na verdade, não pertinência, mas pertinência do modelo.

R: Esse modelo foi um modelo que foi ajustado para poder ser implantado em qualquer lugar. Porque senão fica aquela... É a mesma história da desculpa para não fazer atividade física, “não tenho tempo, não tenho espaço, não tenho dinheiro, não tenho equipamento” e não sei o quê. A gente removeu quase tudo isso. Você não tem que se deslocar, dá para fazer atividade para o gestor “olha, você não precisa ter quadra, não precisa ter equipamento para o praticante. Está próximo de casa”, então a gente remove uma série de barreiras, aquelas barreiras que provavelmente são as mais importantes para a prática de atividade física, ou não muito... não o mais importante, mas o mais relevante. Porque assim como existe barreira para o praticante, existe a barreira para o gestor. A barreira para o gestor é “olha, não tem espaço, não tenho uma quadra adequada, não tenho equipamento”. Então eu acho que a gente remove um pouco essas barreiras.

P: Ótimo. Bom, pensando agora no foco do programa, qual é o foco do programa em relação à geografia, socioeconômico, grupo vulnerável. A quem, o público-alvo?

R: Ah, sim. O público-alvo. Basicamente são os grupos mais vulneráveis, de nível socioeconômico mais baixo. A ideia era essa, mas esse modelo tem funcionado bem para senhoras, mulheres de mais idade. Uma das... são várias razões. A primeira que a gente... uma das preocupações que a gente teve é assim, nós vamos colocar pessoal para fazer atividade física. Discutimos. Toda a recomendação, todas as recomendações para a atividade física existe aquele negócio “olha, faça exame

médico, não sei o quê... receba a liberação do médico”. Ocorre que para o pessoal de mais idade, necessariamente, uma eletrocardiografia de esforço, e a gente tentou negociar isso com a prefeitura. Bom, é inviável. Primeiro, que agendar uma consulta especificamente para isso, a fila é gigantesca, então a gente acaba emperrando o sistema. Se eu tivesse que fazer um eletro de esforço, a pessoa esperaria sim, um mês, dois meses ou três meses para poder fazer atividade física. Então a única coisa que a gente pensou foi “bom, se esse exame inviabilizar, vamos dar uma atividade física que não traga riscos. Então o que é que se pensou? “Bom, vou dar atividade física no máximo moderada”, e o que é que uma atividade física moderada? Assim, é uma intensidade semelhante a essa que você faz de atividade doméstica, varrer a casa, essas coisas. Então a ideia do projeto é que se dê a atividade física com essa intensidade relativamente baixa, moderada. Eu acho que isso vai bem para esse público que acaba atendendo, são mulheres, com mais de 40 anos, 50 anos, que tem... a outra coisa é que tem tempo livre. Como você não... como a gente não oferece uma atividade física de intensidade mais alta, e atividade física de intensidade mais alta, tem essa questão do desafio, né. De desafios. Então o homem se adapta melhor quando tem desafios. Essa é a minha leitura. As mulheres nessa faixa etária, nessa faixa etária, acho que a maioria dona de casa mesmo, vê mais uma oportunidade de integração social. As razões que levam essas pessoas a irem para uma unidade de saúde são muito mais de natureza social, de quebra, ela se beneficia, dá aquela sensação de bem estar que é imediata, e que com o tempo ela se torna assim, eu acho que melhora a autoestima, todas essas coisas assim. Para o homem isso não funciona. E para o jovem muito menos. Então esse modelo funciona, foi pensado para alcançar... Para essa população jovem não funciona. Então é um modelo que... quer dizer, ele seria para atender a população de uma forma geral. Mas ela acabou pegando um extrato muito específico. De “uma população de maneira geral” eu digo assim, de maneira mais vulnerável. Mas isso mostra para a gente o seguinte. Não adianta as soluções para a saúde, para atividade física, não existe uma solução única, né. Você tem que oferecer diversidade, você tem que oferecer uma gama relativamente grande de oportunidades. Então, para mim, do ponto de vista do poder público, essa é uma das estratégias. Mas necessariamente tem que haver outras, sabe? Uma que funcione com... então, por exemplo, atividade física no trabalho, via grêmios, isso é fundamental. Tem que haver isso também. Tem que haver isso também. Então, iniciativas como essas, o (inint), que mais? Nossa Senhora...

P: Tigre?

R: Da Tigre. Todas essas deveriam ser fortemente incentivadas. Para jovens, para jovens não tem jeito, é escola. Então talvez esse programa ande bem porque é uma fatia que nenhuma dessas outras iniciativas abriga.

P: Existe... existem critérios de inclusão no programa?

R: Olha, a gente pensou em uma série de critérios, sabe? Mas o que a gente percebe é que assim... se você começa a restringir muito a aderência cai. Então, por exemplo,

a pessoa começa a fazer e aí tem, ela tem uma amiga, uma vizinha que quer fazer. Se você pega por algum critério e essa pessoa não entra, a probabilidade de quem está no programa que estava trazendo a outra, de sair, aumenta. Então é melhor abrigar todo mundo que vem. Aí essa... essa liberdade, saber, outra coisa falta. Faltou muito, em alguns programas acontece isso, faltou muito você exclui. Só que a pessoa que está vindo, ((acha graça)) é a pessoa que está precisando e não tem oportunidade e por alguma razão ela deixou de vir. Não é uma disputa, você não está disputando ou utilizando um bem que custa a mais, sabe? Não é um serviço que é custoso. Sabe? Uma pessoa a mais, a menos, não vai fazer diferença no custo do projeto. Então eu não vejo muita razão para você excluir. Agora, por exemplo, se cada sessão gastasse material com a pessoa e esse material fosse desperdiçado se a pessoa não vier, aí sim, aí você tem que... teria que pensar em formas de exclusão. Nesse caso eu diria que não. Em princípio, para mim, assim, quem vier é bem vindo.

P: O programa inicia em 2001, então tem uma série de participantes ao longo da história. Existe ou existiu em algum momento algum tipo de avaliação sobre a influência desse programa na saúde desses participantes?

R: Olha, há várias tentativas. Há várias tentativas. Mas a realização de projeto, projeto assim, desse tipo de avaliação, e aí que está, tem o viés de pesquisar, pesquisa experimental. Sabe? Você tem que ter as coisas muito bem estabelecidas, controle, grupo de controle, experimental desse tipo é inviável na situação real. É... não daria por exemplo, digamos que... vamos pegar uma situação um pouco mais extrema. Vamos dizer que eu esteja tratando, investigando formas de intervenção com uma doença grave, com um alto grau de letalidade. Eu não posso, eu tenho que ter alguns parâmetros, deve existir algum tipo de tratamento padrão para as pessoas, eu não posso deixar de dar esse tipo de atendimento. E numa situação ideal, eu criaria uma forma de tratamento e ele ia, alocaria randomicamente, aleatoriamente para um grupo de controle que seria um grupo de tratamento convencional e outra para um grupo novo. E aí faria a comparação de uma coisa com a outra. Se no tratamento novo houver algum problema durante a execução, eu suspendo imediatamente a intervenção. Aí, essa medida que é a tomada antes de se implantar qualquer tipo de intervenção. Num âmbito de política pública, o que é que a gente está fazendo? A gente está tentando pensar numa intervenção que englobe um município inteiro. Para eu testar se isso funciona, eu teria que ter dois municípios. Num fazer um tipo de

intervenção e no outro um tipo de intervenção e simular e ver. E isso não é viável. Mesmo porque a implantação de programas são adequados para determinado realidade, e etc. E etc. Então, o que é que a gente acaba fazendo? Você faz a intervenção e vai tentando ver se algum indicador muda. Mas você há de convir que o número de pessoas que a gente consegue atender é relativamente baixo. É relativamente baixo, a gente tinha estimativa de atender perto de cinco mil, oito mil pacientes. E a gente está conseguindo atender o que? 300? 400? No máximo isso. E isso por que? Assim... a pessoa que adere, as pessoas que aderem ao programa tem uma característica muito particular, que são mulheres, aquela coisa toda, sabe? Então a gente já deu um tiro errado já no começo, sabe? A gente tentou fazer algumas 'base lines', sabe? Mas assim, eu acho que assim, a preocupação com a intervenção é tão grande, de resolver a questão do dia a dia é tão grande, essa é a realidade que a gente tem no setor público, que dificilmente a gente consegue fazer um bom controle. Então, fazer uma avaliação 'gold standard', padrão-ouro, nas condições de intervenção no mundo real é muito difícil. E quem diz que faz, tem que fazer muita ginástica, muita... muito malabarismo para poder mostrar ((acha graça)) que existe isso. Do ponto de vista assim, científico, eu acho que é muito difícil a gente fazer uma intervenção considerada padrão. Então, apesar de ter todas as intervenções, o que a gente começa a ver é que existem falhas. E aí a gente tem que ter uma metodologia que consiga contornar essas lacunas, sabe? Aí, recentemente o artigo ali que a "Pri" conseguiu finalizar, do mix de (moda) é uma das alternativas. Como o 'paper' não saiu ((acha graça)) a gente não sabe da repercussão. Mas assim, nesse... com essa metodologia, a gente consegue trabalhar com avaliações incompletas. Então, em 10 anos de intervenção, são feitos o que? Avaliação de aptidão física, qualidade de vida, em alguns casos barreiras, alguma coisa assim, mas nem todo mundo faz. Nem todo mundo faz, às vezes a pessoa continua no programa, mas falta naquele dia, então fica com dado faltando. Dado faltando, e daí a gente acaba... na metodologia padrão esse seria um caso a ser descartado.

P: Ótimo. Na gestão do programa, quem faz parte, quais os órgãos, as instituições fazem parte da gestão, por exemplo?

R: A gestão do programa? Olha... o que se passou pela minha cabeça é assim, as várias... as várias instâncias, cada local que você tenha intervenção, tem realidades diferentes, caras diferentes. Sabe? Então, a melhor pessoa para fazer essa... tomar

essas decisões são as pessoas que estão diretamente envolvidas com aquela unidade, então essa é uma ideia bem do SUS. Cada unidade tem a sua própria autonomia, a sua própria característica. Acho que é muito mais importante a gente estabelecer esse princípio e fazer o professor que vai para a unidade dar, dar assim, treinamento para que a pessoa tenha autonomia para tomar decisões, discutir e tudo o mais. Então, como modelo, eu diria assim, a gente tem que treinar recursos humanos para que tenha autonomia para chegar lá e fazer a intervenção que for necessária. E tem que existir também um nível mais assim, de conversação entre gestores para abrir portas, remover barreiras legais e essas coisas, assim. Mas assim, o principal sujeito nesse negócio são os professores que estão inseridos lá. Portanto, treinamento para eles é a coisa mais importante. Sabe? Porque, vamos lá, o que é que deu para perceber? Muda o Secretário, muda o diretor, muda o prefeito, muda tudo. Muda tudo mesmo. Muda o coordenador da unidade, muda também. E a gente vem sobrevivendo porque essas discussões não são uma discussão de cima para baixo. A discussão de cima para baixo são intenções, o Secretário de saúde, ou o prefeito, sei lá, ou nós aqui da UNESP, a gente tem assim, intenções. Mas no fundo, quem toca mesmo o programa é o cara que está lá na ponta. Então, acho que principal é que os professores envolvidos tenham consciência clara das metas, dos objetivos, dos princípios.

P: Recursos financeiros.

R: Olha, foi concebido para que não dependesse muito de recursos financeiros. O desejável seria que a prefeitura separasse parcela do orçamento para esse tipo de atendimento. Agora, o impacto que o programa tem é pequeno. Se tem um município de 180 mil habitantes, você tem 400 pessoas diretamente beneficiadas, o poder disso definir os rumos do orçamento da fundação é muito baixo. Ela é muito baixa, mesmo. E a outra coisa, que é uma coisa efêmera, sabe? Eles... às vezes as coisas vão bem numa unidade. De repente você muda o professor ou muda o coordenador, a coisa desanda. Então, se eu pensar como gestor, eu não investiria recursos assim, muito pesados, numa coisa que é assim, volátil. E tem que ser visto com uma série de projetos que vão se renovando. E aí você tem o recurso para isso, não pode ser um recurso, aquele recurso orçamentário fixo. Você tem que ter captações para isso. Felizmente o Ministério da Saúde tem aberto algumas portas e eu acho que a gente tem que aproveitar essas oportunidades com... de financiamento de projetos do

Ministério da Saúde. Aí eu acho que tem o papel da universidade que é fazer, tentar fazer o poder público elaborar projetos mais consistentes, sabe? Nisso a gente é bom. Nisso, a universidade é muito boa, para fazer elaboração de projetos. Nós somos melhor qualificados do que a maioria, a maior parte do que a gente encontra em gestão pública. Porque a lógica dentro da gestão pública é muito mais a política. Nós tivemos... assim, séculos de história onde é assim, a gestão da coisa pública é muito mais na base da barganha, sabe? E faz muito bem o Ministério da Saúde. Os ministérios mais bem desenvolvidos estabelecem critérios técnicos. Claro, existe. Existe o orçamento, uma parte do financiamento que é político. Mas há espaço para projetos de natureza técnica melhor elaborada e tudo o mais. Eu acho que nesse aspecto, a universidade pode colaborar bastante bem.

P: E falando dessa colaboração da universidade, é evidente que o programa, atualmente, ultrapassa os interesses de um programa de extensão. Ele vai além, na sua ação, chegando a se confundir com as obrigações do poder público. Como você enxerga a universidade fazendo esse papel. É também dela, é importante?

R: Isso é fundamental, porque, olha, a universidade não é só formadora de recursos humanos, é assim, a universidade não é simplesmente certificadora. Aliás isso é uma tendência geral das universidades. Basicamente as universidades são características no mundo inteiro pela pesquisa e pelo ensino. O ranking de universidades se baseia, sobretudo, hoje em pesquisa, você tem pesquisa, e colocação do recurso humano formado no mercado de trabalho. E hoje, hoje fala-se também na outra missão, que é a inserção na própria sociedade. E isso é dito em todos os lugares. Todos os lugares. E a gente vê que é muito comum se pensar nisso, você, a universidade ainda pensa assim. “Eu trago aluno para cá, coloco ele numa redoma de vidro aqui dentro, dou a formação, certifico esse sujeito e devolvo esse cara para a sociedade”, é quase internato. Eu isolo o sujeito do mundo e depois eu devolvo esse cara para fora. E daí, quando a sociedade recebe esse profissional, muitos desses profissionais estão absolutamente desconectados. No Brasil, sobretudo, na universidade pública. Então, a gente ouve assim, muito no mercado de trabalho. “Olha, eu prefiro ter um aluno que vem de uma faculdade particular, do que a universidade pública. Na universidade pública, o aluno da universidade pública não conhece o mercado”. A universidade ter interações com a sociedade é fundamental, porque a gente tem que trazer o universo que existe lá fora aqui para dentro. Não somente a local, sabe? Quem passa por aqui,

independente se é aluno, se professor, se funcionário, ele tem que conseguir enxergar as diferentes realidades, entender as diferentes realidades, é saber fazer a intervenção nessas diferentes realidades. Então eu acho que o projeto tem esse aspecto, essa assim... esses papéis se sobrepõem. Sabe? Os papéis se sobrepõem. O que... na verdade, O que eu acho, assim, a gente é assim... o projeto é modesto demais, sabe? É modesto demais, assim... não... em alcance. A gente atinge poucas pessoas, a interface com o poder público é relativamente pequena, é bastante localizada, sabe? E na verdade, acho que com o grupo envolvido, acho que a gente poderia ter um alcance muito maior. Muito maior, eu acho isso. Talvez sei lá, talvez faltem profissionais. Eu não sei. Eu não sei dizer exatamente o que é que é.

P: Mas dentro desse pensamento, você acredita que o modelo do programa é um modelo que pode ser adotado? Deveria? Tem capacidade de ser adotado como uma política pública nacional para trabalhar dentro desse grupo, dentro desse objetivo, dentro desse segmento o qual o grupo vem trabalhando?

R: Então... olha, é um dos possíveis. É um dos possíveis. Então, é um... vamos dizer assim, pode ser um 'case' – como é que o pessoal chama? – prática exitosa. A questão é, assim como a nossa intervenção está ensinando a gente, existem realidades diferentes, e não existe uma solução única, universal, que caiba em todas as realidades. Então, eu não teria o atrevimento de dizer assim “olha, 'o' modelo”. É um dos modelos de intervenção, de interação da universidade com a sociedade, com o poder público. é um modo, é uma das formas que o poder público pode fazer para que as coisas andem. A gente não tem o monopólio, sabe? A gente não pode ter a pretensão desse, com o projeto, como esse, um projeto como esse servir de modelo para todos os outros projetos, ((acha graça)) todas as metas do poder público. Não dá. Se existe algo em comum é esse tipo de interação entre poder público e universidade. E esse é um princípio que pode ser... esse talvez seja universalizado. Mas ele não vai servir em todos os lugares. É uma prática exitosa que funciona dentro de determinado contexto. A gente tem que ter essa modéstia de reconhecer isso, essa... Não é porque eu disse que a gente tem que ser mais abrangente ou alcance maior, que significa que esse modelo vai resolver todos os problemas do poder público. Talvez resolva uma parcela realmente muito pequena.

P: As pessoas envolvidas no programa são dedicadas e motivadas?



R: Então... eu acho que, assim, existem alguns ingredientes. Assim como é um modelo, um modelo assim, tem certas particularidades, as pessoas que se envolvem têm determinados perfis e vão funcionar bem fazendo determinadas coisas. O que eu acho é que seria necessário ter um pouco mais de compartilhamento de princípios. Sabe? Mas assim, por mais que você fale, as pessoas não vão entender a mensagem da mesma forma, cada um vai entender à sua maneira, sabe? É que nem... que nem time de futebol. Você vai ter gente assim, que tem funções diferentes, papéis diferentes, e mesmo que você contrate os 11 melhores jogadores do mundo, o time não vai funcionar bem. ((acha graça)) O time funciona bem com o cara muito bom, outro cara de pau, cada um reconhecendo as suas funções. Então o time anda bem por causa disso. Eu acho que você impor assim, amarras demais, a coisa não vai funcionar. Porque tem que ter assim, princípios gerais para que todo mundo reconheça e tudo o mais, sabe? Se as pessoas são dedicadas ou não, cada um tem os seus interesses. Tem gente que aparece porque dá uma bolsa. E 'ponto final'. Tem gente que aparece sei lá porque, tem um amigo que está junto. Tem que vem porque acha maravilhoso, gosta de fazer muita coisa ao mesmo tempo. Então acha que isso dá oportunidade para as pessoas vivenciarem coisas diferentes, situações diferentes, pessoas diferentes. E eu acho que um... na minha leitura, uma das razões que as engrenagens atrapalhem, assim, começar a achar que todo mundo tem que fazer a mesma coisa e pensar do mesmo jeito. Não. As pessoas pensam diferente, reagem de forma diferente, tem competências diferentes e que podem ser aproveitados da melhor forma possível com aquela competência, sabe? Eu acho que o programa poderia andar... pode andar melhor? Pode. Mas eu não sei, eu acho que mesmo a característica geral do programa é ter autonomia, sabe? Eu acho que isso, isso é melhor do que ficar assim, que exige dedicação, é uma questão só de valores, sabe? E assim, valores, valores morais, vai. Tudo bem, não estou dizendo que valor moral não é importante. Mas ficar só no valor moral, não... você não consegue fazer com que as coisas andem.

P: Bom, nesse momento sinta-se à vontade acrescentar alguma informação que você julgue pertinente para a pesquisa, referido a esse processo de implantação e execução do programa.

R: É. No fundo, assim, eu... assim... as coisas andam, você idealiza certas coisas, mas as coisas não saem exatamente como você espera, sabe? Não é... a gente não

consegue planejar de uma forma tão linear. O que a gente precisa é assim, na verdade, é um grande joguinho de xadrez. Você tem aquelas peças no momento, você tem que aproveitar as peças da melhor forma. Eu, gostaria de ter conseguido ir mais longe, sabe? Acho que isso é uma... eu não vou dizer que é uma frustração, mas assim, acho que antes a gente tinha planejado uma coisa um pouco mais ambiciosa, num ritmo mais rápido. Outra coisa, é... a gente tem uma característica na universidade que cada docente é uma equipe inteira. E eu acho isso muito ruim. Muito ruim. Acho que o alcance do que nós fazemos seria maior se a gente pudesse dividir, sei lá, um pouco mais, uma parcela, vai. Eu tenho um projeto grande para tocar. Mas eu poderia dedicar uma parte, uma pequena parte do que eu faço para uma outra coisa. No fundo isso nasceu assim, sabe? Para a Eliete, que estuda diabetes, o programa de intervenção é uma... não é assim... não é o objeto principal do estudo dela. Sabe? Mas assim, ela fez essa interlocução, acho que é uma coisa legal. E ela ajudou a tocar, ela dizia assim “‘Puxa!’, mas eu não entendo nada de atividade física, de oferecer atividade física”, mas a contribuição dela é extrema, foi, é e foi muito importante para a gente conseguir tocar muita... ou muitas outras coisas com tranquilidade. Quer dizer, sem ela não andaria. Ou teria que... quer dizer, a participação dela foi importante, para ter esse formato também. Sabe? E eu acho que a gente, isso é uma característica da nossa universidade, da universidade brasileira de uma forma geral, é que as pessoas monopolizam certas coisas, e eu acho que isso é uma coisa assim, ruim. Eu acho que dividir mais, não faria mal nenhum. Dividir um pouquinho ((acha graça)) dedicar uns 5 por cento do meu tempo, 10 por cento do meu tempo para alguma outra coisa, eu acho que não faria mal algum.

P: Ótimo. Eduardo, eu peço então que você, para contribuir dentro do processo, da metodologia, que me indique pessoas que sejam pertinentes, que eu procure para entrevistas.

R: Tá. Procure o Stivalli, o Stivalli é obrigatório. E a outra, a própria Bete da Vila Cristina. Ela foi, ela exerceu um papel fundamental. São as duas pessoas assim, que se conseguir falar com o Cláudio, talvez falar com o Cláudio. Talvez ele tenha um tracinho de memória sobre isso. E o fato é que eu encontro com ele, ele lembra. ((risos)) Então, eu acho que assim, entender como eles viam é importante. Pode ser alguma coisa porque... deixa eu ver. Nós recebemos o Agnello. Outra pessoa que visitou aqui foi o Lars Grael. Eu tenho até uma foto dele aí. Mas acho que para ele foi

uma passagem só. Quem mais que tem? É, eu acho que a Bete seria uma pessoa importante. E o Stivalli. Tá?

P: Muito obrigado.

((fim da transcrição))

# APÊNDICE VI

## TRANSCRIÇÃO

Américo Valdanha Netto

—

PROFESSOR 3

### **PARTICIPANTES**

P: Pesquisador (Américo)

R: Participante (PROFESSOR 3)

### **TEMPO DE GRAVAÇÃO**

57 minutos

### **LEGENDA**

... → pausa ou interrupção.

(inint) → palavra ou trecho ininteligível.

(palavra) → incerteza da palavra transcrita / ouvida.

((comentários de transcrição))

---

(INÍCIO)

P: Me informa seu nome completo?

R: PROFESSOR 3.

P: Em resumo, qual o seu envolvimento com o programa de exercícios físicos em unidades de saúde do Município de Rio Claro?

R: Na verdade, hoje é nenhum. Eu participei desde o início do programa que hoje tem uma nomenclatura diferente, mas desde o início eu fazia mestrado, na época. Não era com meu... assim, o meu projeto de pesquisa não tinha praticamente nada a ver com postos de saúde, atividades em postos de saúde, em Unidades Básicas de Saúde. Mas eu tinha participado por muito tempo do programa do professor Sebastião Gobbi, na UNESP. E aí, muito por conta dessa experiência e do meu interesse também, em continuar trabalhando com idosos, com a população de idade mais avançada, o professor Eduardo Kokubun, junto com a professora Eliete me convidaram para participar. Num primeiro momento tinha uma palestra, que foi dada no posto de saúde Vila Cristina, uma palestra para um número pequeno de pessoas.

P: Você se lembra do ano?

R: É 2000... deixa eu ver. Entrei no mestrado... 2001... foi 2001-2002, acho que final de... início de 2002... então, eu, o Fábio Nakamura, o Eduardo, Eliete, então a gente visitou o posto. Eu fui na segunda reunião, a partir da segunda reunião. Na primeira reunião o Eduardo foi acho que com a Eliete, a professora Eliete, conversaram com o pessoal de lá, com os gestores, até, eu acho, com os gestores do posto. A segunda reunião foi uma... uma palestra mesmo, sobre a importância da atividade física. E até com o início, com algumas atividades um pouco práticas. Na verdade, o pessoal estava sentado e ouvindo as informações sobre os benefícios da atividade física, para grupos específicos de diabéticos hipertensos, na época. E aí, nessa ocasião, um ou outro, conversando, falou assim, “ah, se vocês, por exemplo, vocês conseguem amarrar o sapato, o tênis?” e vários não conseguiam. “Então, a atividade habitual vai promover que vocês consigam manter qualidade de vida, independência. Vamos fazer o teste então? Tenta lá amarrar o sapato e pentear o cabelo. Alguém tem dificuldade de pentear o cabelo?” era uma palestra, mas com algumas, nesse princípio, com

algumas intervenções muito rápidas, só para verificar a condição inicial assim, da proposta de ficar ali assistindo. Eu acho que nessa primeira, e na primeira palestra que eu participei – que acho que foi a segunda do programa – tinha lá uma senhora que eu não lembro o nome agora, mas que era da Unidade Básica Vila Cristina, que era coordenadora, eu acho, da unidade, uma senhora baixinha, loirinha. E ela presenciou, até sorriu, ficou feliz com essa abordagem. E a gente teve a oportunidade no Vila Cristina, por conta da quadra, que tinha espaço atrás, potencializou essa atividade inicial. A partir daí, o Eduardo, eu lembro que ele conversou comigo e com o Fábio Nakamura, eu acho que com o Rafael, que era aluno da Eliete, na época e com o Ricardo Gomes, que era aluno da professora Eliete. E eles comentaram, falaram “ó! Seria muito interessante, vocês viram a condição do postão? É deficitária. Por que não pensar em expandir o que é feito, de repente na UNESP, com atividade física, para grupos que não vem até este local?” e a gente abraçou a causa, eu comecei a participar das atividades aqui, no Vila Cristina, duas vezes por semana, se eu não me engano, não sei se duas ou três. Eu acho que era segunda, quarta e sexta. Não sei se duas ou três vezes por semana, agora eu não recordo, mas acho que três vezes por semana, segunda, quarta e sexta. E eram atividades logo pela manhã. Inicialmente, sem muito controle, né. Eu tinha vindo de um grupo que tinha muito controle, que era o grupo da UNESP. E assim, até muitas das coisas que a gente acabou fazendo nas unidades básicas, um ou outro que tinham sido estagiárias do professor Gobbi, acabaram trazendo um pouco do que a gente tinha visualizado com essas experiências do Gobi. E especialmente ali, a realização, o controle, então, a priori a gente ia lá, estava atividade orientada, só. Mas nada com muita programação. Depois de um mês, dois meses, menos que isso, até um mês, a gente fez uma reunião “não, vamos... já que vai ficar sério, o posto de saúde, Vila Cristina, que a princípio era o primeiro que estava sendo estabelecida essa participação, então vamos organizar melhor e pensar em sessões mais organizadas, sequenciadas”, né. Num primeiro momento o Eduardo participava de todas as sessões, ele até fazia as atividades. Era até engraçado de ver porque ele botava a mão na massa mesmo, a Eliete também presenciou e estava assim, em todas. Depois eles foram sentindo um pouco de segurança no que a gente fazia, e acabaram permitindo que a gente tocasse algumas atividades. E aí ele supervisionava em alguns momentos, uma vez por semana, duas vezes... eles iam, davam um pulinho, olhavam, voltavam e a gente acabou ficando por lá. Concomitantemente com isso, com essa... fase inicial, não sei

nem se eu estou pulando as suas perguntas... ((acha graça)) a Andreia Nadai era uma profissional da Prefeitura, eu acho, ela era do Município ou prestava serviço, eu não sei qual que era o cargo dela. Mas ela trabalhava no (Trevisão), no posto (Trevisão). E depois, um pouco depois, ela assumiu uma unidade que era lá no Jardim das Palmeiras, acho que era. E a gente não fazia atividade presencial com ela, mas ela tocava essas atividades nesses postos que não tinham quadra. Não tinha um espaço tão adequado, mas ela tocava as atividades lá. Acho que depois de uns três ou quatro meses de atividade do posto, começou a se fazer um processo de avaliação. “‘Puxa!’, então eles estão fazendo”...

P: E esse contexto todo no ano de 2002?

R: Isso, 2002, logo no começo. Porque eu participei, presencialmente, porque eu participei presencialmente das atividades na época estava no mestrado, que foi 2002-2003, e defendi mestrado em 2004. Quando eu defendi o mestrado, até o Eduardo queria que eu fizesse doutorado com atividade física para esse grupo, assim, com levantamentos que a gente acabou fazendo durante esse tempo. Mas não era meu interesse pesquisar isso. Eu tinha interesse prático. Gostava de estar com o pessoal, gostava da convivência, mas eu não queria estudar especificamente o programa, porque eu tinha dificuldade de pensar num problema para estudar. Então o meu foco, eu gostaria que continuasse sendo o que eu já trabalhava aqui (inint) também, mas em nenhum momento, mesmo não sendo o projeto de pesquisa do mestrado, eu me dediquei, assim, considero que me dediquei integralmente ao posto, especialmente em Vila Cristina. Aí, em 2002, se eu não me engano, aconteceu... depois de uns quatro meses dessas atividades, aconteceram as primeiras avaliações que eram inicialmente de avaliação de composição corporal e perfil glicêmico e pressão, análise pressórica, em momentos definidos. A gente começou a entender que seria bom também fazer análise de pressão arterial e frequência cardíaca em alguns momentos, em algumas aulas, aleatoriamente com alguns participantes. Aqueles que eram mais graves, a gente fazia a medição da PA, por exemplo, uma avaliação mais cotidiana. E aí, eu acho que depois de uns... pelo que me lembre, depois de uns cinco meses assim, de programa, quando virou o semestre, aí a gente pensou em fazer as avaliações funcionais, que eram aquelas que o professor Gobi já fazia de agilidade, coordenação, flexibilidade, força, resistência, resistente força, e capacidade aeróbica, para ter uma base de como estavam os participantes, e como eles estavam ficando. A linha de

base, como eles estavam se mantendo posteriormente. E aí isso foi implementado, a priori, no Vila Cristina. Nas avaliações de composição corporal, análises pressóricas que eram pontuais, semestrais, isso já tinha sido feito logo no início do programa. E daí quando começou a repetição das avaliações é que seriam inseridas as avaliações funcionais. No Vila Cristina, aí a gente se deslocou para... talvez essa tenha sido a primeira expansão. Porque a partir das avaliações, a gente não prescrevia nada para as outras... para os outros postos, mas a gente começou a fazer avaliação sistemática no Vila Cristina, no (CVzão), no Jardim das Palmeiras, no posto da 29. Enquanto está até 2004, já tinha expandido um número maior de postos com avaliação e direcionamento assim, a conversa, que a gente faz aqui, processar, mas não nós...

P: Quem que dava aula nesses outros postos?

R: Olha, no posto aqui em Vila Cristina, quem ministrava as aulas era, assim, a primeira turma, a primeira formação, eu, o Ricardo, que era aluno da Eliete, o José Ricardo Gomes, ou Ricardo Gomes. O José Ricardo Pauli, do (Selep), Murphy, Rafael Silveira. Rafael Silveira, o José Alexandre. O Zé Alexandre, desde o começo, e Eliete ficou supervisionando. O Fabio Nakamura participou mas era das palestras. Na hora da prática eu acho que logo ele já estava definido o doutorado e não participou mais. Então, no Vila Cristina éramos nós. Aí, posteriormente foram entrando novos alunos do Eduardo, a Lara participou, a Bruna... amiga da Lara, também. Aí foi assim, o grupo foi aumentando. Mas a priori eram esses... a formação inicial, pelo que eu me lembro, era essa.

P: As outras aulas aqui da expansão era sobre responsabilidade do grupo da UNESP, ou não?

R: Não. Pelo que eu me lembro, não. Na verdade, era... as outras... os outros postos que tinham atividade física eram supervisionados pela professora Andreia Nadai. Ela ficava em três postos, se eu não me engano, (Trevisão), Palmeiras, e eu acho que a 29, não sei se era a Andreia, mas...

P: Ela recebia alguma orientação de vocês?

R: A gente trocava informação.

P: Tá. Então não havia uma sistematização para que as aulas fossem...



R: Não. Não havia. Era diferente do que é agora, do modelo como foi adotado agora. A gente conversava... a gente conversava muito. Andreia às vezes ia no Vila Cristina, às vezes nós íamos para... para o posto que ela estava, por conta das avaliações a gente conversava um pouquinho, acabava assistindo a alguma aula, mas não era... não era sistematizado. O que começou a acontecer nessa época, depois do primeiro semestre do posto, é que alguns resultados começaram a aparecer, resultados por conta das avaliações, e aí a gente começou a escrever alguns resumos para congresso. Isso também foi... foi lá legal, que não é... não fazia parte do meu projeto e nem do projeto... ninguém estava ali desenvolvendo projeto de pesquisa com o posto, mas a gente começou, eu acho que a gente deu um start para olhar os resultados, e não deixar os resultados ficarem engavetados. A gente passava para os alunos, aí tinha até um esquema de mala direta, não sei se continua assim, a gente imprimia, a gente tinha um programa lá e imprimia os resultados. Eles traziam para a gente também as avaliações sanguíneas que eles faziam com os médicos dele, médico mesmo. E a gente colocava tudo isso no prontuário. Teve uma época, acho que um ano depois, mais ou menos, a gente começou a fazer levantamento de prontuário para ver quem eram essas pessoas. E aí a gente fichava tudo isso, e distribuía para eles os resultados e começamos a armazenar, a fazer um banco de dados. A gente participou dos primeiros congressos. Eu lembro que eu participei do congresso em Florianópolis, o Congresso da Atividade Física na Saúde. Em Florianópolis a gente apresentou uns dois ou três trabalhos. O Rodrigo Pauli apresentou em Campos de Jordão, acho que num congresso de diabetes, então a gente foi apresentando assim, mas ninguém escreveu um artigo sobre. Eram resumos que eram divulgados, então teve um lado acadêmico também, que não era a ideia a princípio, mas que até onde eu sei, mas que isso acabou se tornando...

P: Exato. Deixa eu te perguntar uma coisa? Eu achei bem interessante esse momento, onde vocês se encontraram com uma professora do poder público. Você sabe me dizer qual a existência da Andreia Nadai. Ela existia pelo esporte, pela saúde? Por que é que ela começou esse programa? Foi o município que pensou? Você sabe me dizer algo desse tipo, ou não?

R: Olha... a Andreia... ó! Teve um fato que eu acho que foi marcante, que foi início da contratação de profissionais via SUS, se eu não me engano. Mas isso demorou um tempo, foi... foi bem depois de eu ter começado a participar do... tanto que a gente

comemorou isso “‘Nossa!’ olha, agora, vão contratar profissionais da educação física para área da saúde”. Então eu acho que a Andreia não era contratada da saúde. Eu acho que ela era contratada do esporte, porque ela não tinha um vinc... até onde eu lembro, eu acho que a Andreia era... ela, o vínculo dela não era via Secretaria da Saúde. Acho que era outro, porque eu lembro que a gente comemorou quando disseram “ó! Vai ser permitida a contratação de profissionais da educação física via Saúde. O profissional da educação física está sendo reconhecido como profissional da área de saúde”, então eu acho que a Andreia não era... ela, na época, já estava começando, trabalhando na Claretianas, eu acho, era profissional da educação física, e tinha essa atividade nos postos. Agora, eu não... eu não sei precisar, agora eu acho que ela não era da saúde ainda, porque... não sei se eu estou certa, que depois você até me cobra... ((riso))

P: Deu trabalho depois... ((riso))

R: ((riso))

P: Eu vou fazer algumas questões, várias questões que a gente poderia fazer, ou seja, você já foi respondendo, tá?

R: Aos poucos, né.

P: Então, pontuais, mas...

R: Você vai ter uma dificuldade... ((acha graça))

P: Você sabe me dizer se a elaboração do programa foi algo ao acaso? Teve um... um motivo? Principalmente, se essa elaboração passou por um pensamento da situação de saúde no momento do país?

R: Ah, passou, tenho certeza que sim. Que, pelo menos a informação que a gente teve na época, eu era só aluna do mestrado, não... não era profissional da UNESP, eu não era professora da UNESP. Mas pelo que eu sei, pelo que foi conversado, na época, a professora Eliete já vinha acompanhando a situação de Rio Claro frente a esse desenvolvimento desenfreado da obesidade, especialmente desenfreamento do diabetes,... a síndrome metabólica, porque assim, a hipertensão, a diabetes da cidade, e o Geraldo Barbosa, o doutor Geraldo, ele foi... foi bastante tempo médico na UNESP, e ele sempre teve muito contato até onde eu sei, com a Eliete, com a professora Eliete e com o professor Eduardo. Então... aí foram... a informação que chegava para a

gente é que a Eliete tinha dado esse start do ponto de vista dessa preocupação com a patologia, com as patologias, que tinham a ver com o micro e com o macro também. Porque o foco de estudo da Eliete é o diabetes. E ela fazia muito estudo experimental e eu lembro que passou uma fase na universidade, essa discussão de “precisamos transferir os conhecimentos para a aplicação”, para associar aquela tríade, ensino-pesquisa-extensão. Então, nesse sentido, eu, pelo que eu me lembre, a professora Eliete tinha dado esse start. O dr. Geraldo, muito associado, e professor Eduardo, que era a priori, muito antes disso, tinha investigação mais voltada para o treinamento, para fisiologia do exercício, ele já tinha sinalizado para o grupo dele que ele estava interessado nesse contexto, que ele achava um absurdo a população assim, estar como está, de modo geral, e que tem uma universidade. Já tinha comentado também que... que ele achou pelo menos ele sempre conversou isso com a gente, a participação dos idosos no programa do professor Gobbi, e isso aqui, ele achava que era local, porque favorecia assim, os participantes eram mais regionais, e não espalhados... como foi contato deles com o Vila Cristina, esse contato político, eu não sei informar. Não participei nesse primeiro contato. Mas eu sei que o município tinha interesse em oferecer programas que minimizassem ao menos essa situação de calamidade do ponto de vista das patologias, da diabetes, da obesidade, da hipertensão. Eu acho que nesse sentido, o Eduardo teve um papel muito importante, político, nesse contato, para ampliar algo que seria extensionista, que a Eliete estava pensando, doutor Geraldo... tanto que a gente comenta que a associação do Eduardo no estudo foi muito importante porque ele conseguiu fazer um caminho de contato político com o município. No primeiro momento a gente tinha a unidade básica aqui, não tinha estrutura. A gente dava aula... assim, a gente teve muito auxílio do Princesa Vitória, porque a quadra é atrás. Então a gente pegava água ali dentro, conversava muito com as fisioterapeutas que trabalhavam, terapia ocupacional, que trabalhava no Princesa Vitória. Elas ajudavam a gente também, e a gente fez muito material reciclado. Então, garrafinha com areia, garrafinha com água, cabo de vassoura, toalha. Os idosos... na verdade, maioria era de idosos, mas era para idosos, mas enfim, a maioria era. E eles faziam muitos materiais, eu não sei como continua hoje, mas eles faziam muito. E eu lembro que a gente teve uma vitória também, foi um marco, assim, e acho que depois de uns oito meses, um ano de programa, o prefeito que eu acho que na época era o Nevoeiro, não tenho certeza do que eu estou falando, mas eu acho que era. O prefeito doou colchonete, para a Caravana, ele deu

colchonetes, aí chegaram colchonetes para o posto de saúde. 'Nossa!' e aí o Eduardo foi pedir halteres também, foi pedir alguns materiais e isso foi enriquecendo o trabalho no (vit), e a quadra melhorou um pouquinho também, ficou mais limpa. E então, assim, eu acho que teve um papel no... não foi ao acaso não, teve um contexto político bem estabelecido, até assim, eu não posso dar certeza porque eu não sei qual... quais eram os contatos. Mas a visão que eu tenho é que era tudo muito bem pensado, já. E a expansão talvez tenha sido não ao acaso, mas não se pensava naquele momento em expandir tanto como expandiu. Era algo mais regional. Essas intervenções dos outros postos, assim, ao menos do ponto de vista dos acompanhamentos, das avaliações, dessas conversas que tinha com a Andreia também, eu acho que... que elas não foram despreziosas. Elas eram pretensiosas, era mesmo no sentido de expansão, mas eu não sei se expansão ao ponto de chegar ao que chegou hoje. Eu acho que mostra que realmente essas patologias, elas tem proporções (inint), estudante (inint) isso é muito importante para as populações.

P: Você consegue me pontuar qual era o objetivo do programa?

R: Consigo. É assim, pelo menos, acho que era, porque eu não sei o quê é que estava no papel. Mas o objetivo era melhorar a capacidade funcional e reduzir o quadro – ou estabilizar, ao menos estabilizar – ou reduzir o quadro desses alunos, que eram pacientes.

P: Lembrando de sua atuação e desse objetivo e tudo que envolveu, você entende que o modelo do programa é pertinente? Para o problema existente, o objetivo que o programa se pretendia?

R: Sim. Eu não sei como está hoje, mas naquele momento, eu acho que era pertinente, tanto que a gente tentava fazer algumas atividades que eram diferenciadas do generalista. Assim, um exemplo, eles... a gente fazia avaliações diárias, especialmente para aqueles que tinham um quadro um pouco mais estabelecido, já. Então, (inint) a pressão arterial, tem pressão arterial, nem poderia fazer atividade, mas a gente não deixava ir embora, não. Alguém ficava ali conversando, tentando monitorar o que era realizado. As atividades que a gente propunha, no meu entendimento, todas eram compatíveis ao nível que esses alunos eram capazes. Eles melhoravam mesmo, a gente observava os relatos dos pacientes e os prontuários e as... as fichas deles, a evolução, eles realmente evoluíam, tanto que alguns, eles

ficavam fixados até em parar de tomar medicamento “ah, não, não é por aí. É o seu médico, ele vai controlar isso, ele vai reduzir, de repente o medicamento vai alterar. Mas não pare por conta”. Porque eles se sentiam tão bem, então eu acho que pelas avaliações que a gente fazia, a avaliação funcional, eles realmente melhoravam a capacidade funcional e tinham redução de quadro dessas patologias. A gente também tinha uma aderência e uma adesão muito alta. Isso, eu acho que é bem joia, assim. Na verdade, a expansão não foi despretensiosa, mas eu acho que ela foi potencializada por conta da aderência que esse pessoal teve. Então, além da adesão, a aderência mesmo, eles não faltavam às atividades. A gente tinha o controle com relação a isso. A gente teve uma proposta que foi muito legal e por um tempo deu certo, eu não sei se permaneceu, mas teve uma ocasião que uma aluna, ela estava fazendo a aula, ela ficou com o lábio cianótico. E isso preocupou a gente, até o Eduardo, a gente acabou ligando para o Eduardo, ele levou a senhora para o atendimento e para o hospital mesmo, não para a unidade. E aí a gente conversou, na época eu acho que estávamos eu, o Rafael, o Zé Alexandre e o Pauli, e a gente pensou numa possibilidade para minimizar algum equívoco, né. Então a gente criou crachás que eles não sabiam, eles não tinham conhecimento do que eram esses crachás. Simplesmente tinha o nome deles, assim, uma identificação, mas eram crachás coloridos. Eu não sei se alguém relatou isso para você. Mas é superlegal. Se um dia eu for pensar em trabalhar novamente desse modo, eu vou adotar. A gente criou crachás assim, amarelo clarinho se a pessoa é só hipertensa. Rosa se é hipertensa e diabético. Verde clarinho se é só diabético. Para a gente ter uma identificação rápida, se aconteceu alguma coisa, para a gente saber quem era aquele aluno, porque aumentou muito o número de alunos. Rápido. A gente começou acho que com uns... dez a quinze alunos, nas primeiras... nos primeiros encontros. E de repente tomou proporção, e aí aumentou de, segunda, quarta, sexta, segunda e quarta, depois terça e quinta, dobrou turma, começou a aumentar muito. E essa foi uma forma da gente conseguir ter acesso rápido a eles e resolver problemas rapidamente. Então, eu acho que, pensando no objetivo, no que era feito para atingir esse objetivo, é pelo menos no posto que eu trabalhei mais com atividade, que foi no Vila Cristina, eu tenho certeza que estava lincado.

P: Surgiram obstáculos para a inclusão, para a utilização desse modelo?

R: Olha, Netto, eu acho que não era obstáculo. Era assim, os obstáculos, a carência de materiais que naquele momento era muito carente mesmo, a gente não tinha materiais, mas a gente aproveitou isso para o lado positivo. A gente fazia com que eles pensassem na aula, fora da aula. Isso acho que foi um ponto vantajoso, num primeiro momento. Então, a gente sempre dava uma tarefa para eles buscarem para trazerem para aula e isso era legal. “Na próxima aula, vai trazer um cabo de vassoura cada um”, “ai, mas eu não sei se eu tenho”, “não? Então pede para o seu filho, para sua filha, para o seu vizinho...”, “mas vai ficar aqui, professora?”, “não, ó! Se vocês concordarem, a gente deixa aqui. Caso contrário vocês podem até levar de volta. Mas tragam para a próxima aula”, e aí os próprios professores também ficavam estimulados a conseguir alguns materiais, a gente levava, fazia até atividade lúdica. Bexiga... enfim. Então o primeiro obstáculo era... era o material, assim, carência de recursos para materiais. No Vila Cristina a gente tinha muito problema de espaço porque a gente tinha uma quadra que era um espaço bem interessante, bem joia. Por outro lado, quando aumentou muito o número de alunos, acho que foi por isso que teve divisão de turma, que aí foi outro empecilho, que você não tem como dar conta, não só pelo espaço, mas pela quantidade de professores envolvidos. Aí precisou aumentar turmas e aumentar o número de profissionais. Também acho que teve uma época que teve uma turma das 7 às 8 e depois das 8 às 9 trocavam os professores. Eu não lembro, mas acho que no final da minha participação já estava assim. Então, por conta da aderência ser muito alta,... ninguém desistia. Quem estava não desistia e a adesão aumenta também. O pessoal... os médicos começaram a indicar muito, “faça atividade, vá e faça atividade orientada” e a gente começou a receber aluno que tinha indicação, mas até aluno que não tinha aparecia e falava que queria participar. Isso era problema, eu não sei se alguém comentou. Mas aí começou (...) então, isso aí é um... um problema.

P: Me diz uma coisa? Dentro de todo esse contexto para implementação do programa, para ele funcionar, quem participou dessa construção? As instituições, pessoas, universidade, poder público, médico, aluno, professor... não precisa ser o nome exatamente, mas...

R: Professores da universidade pública, no caso da UNESP. Pós-graduandos, no primeiro momento, pós-graduandos, professores. Doutor Geraldo, os médicos do posto de saúde que eu trabalhei, eles abraçaram a causa. E essa coordenadora, que

eu não lembro o nome dela, não sei se é Regina, mas eu não sei o nome dela. Mas essa... essa senhora que era contratada do posto de saúde, ela abraçou a causa também. Ela, a gente agendava com ela visita para prontuário, ela liberava isso. E funcionários da UNESP também, porque a Clarice, pontuando agora, ela ajudou bastante especialmente nessas avaliações de composição corporal, a priori. Depois ela ajudou muito na avaliação, nas avaliações outras. E Gobi, por exemplo, que não era do programa, ele auxiliou bastante quando ele permitiu que a gente usasse, eu lembro que eu pegava os materiais com o Gobbi para fazer avaliação. Quer dizer, ele foi uma pessoa, foi um professor extremamente importante de permitir também que isso fosse feito, até que a gente contruiu os nossos, porque por um tempo a gente ficou usando e depois a gente acabou construindo, também. Então teve assim, participação muito importante de vários profissionais. E a prefeitura também abraçou a causa. Eu lembro que era sempre comentado “ó! Espero que eles... que eles realmente invistam como eles estão dizendo que vão fazer”, e eu acho que esse marco que eu me lembro que não, “ó! O município agora vai contratar profissionais para a área da saúde, profissionais da educação física para a área da saúde”, um reconhecimento que foi extremamente importante, até para dar um vigor, ou um gás para o programa. E a Andrea Madai, que era uma profissional que já era do serviço público, não sei qual.

P: Você sabe me dizer como... qual era o foco do programa? Geográfico, socioeconômico, grupo vulnerável?

R: Olha... eu acho que eram os... poderes socioeconômico baixo, porque eram os frequentadores das unidades básicas de saúde. Na Vila Cristina eram os frequentadores especificamente desse porte. Então a gente atendia muito a população mais carente. Obrigatoriamente eles tinham que ter indicação da unidade, a gente não podia aceitar alunos que... a gente sempre... eles vinham com encaminhamento. Quer dizer, a gente não aceitavam alunos que procurassem, pessoas que estavam passando na rua e visem. Então o poder socioeconômico não era alto porque eles eram frequentadores de unidades básicas de saúde. E com relação a Vila Cristina, a maioria da região, mesmo. Porque eles são atendidos na região que residem. E então o foco maior era pelo menos naquela época, era para pacientes que tivessem ou diabetes ou hipertensão. Ou em alguns casos que eram

obesos com alguma sinalização de um pré-diabetes ou uma pressão arterial um pouco já sinalizado para um descontrole.

P: Isso daí, a gente já pode entrar dizendo que esse era o critério de inclusão.

R: Sim. Era o critério de inclusão. Eles precisariam ser atendidos na unidade, na unidade básica de saúde, e a gente então avaliava nível socioeconômico, mas a gente até começou a aplicar questionários que envolveram depois esse... essas questões, mas por eles precisarem passar pela unidade, eles tinham um nível socioeconômico um pouco mais baixo, e eles precisavam ser pacientes com essas prescrições, não era grupo de idosos só.

P: E como era acompanhada a permanência no programa?

R: A gente fazia chamada, eles tinham... e a gente sempre explicava a importância de não se ausentar, e a gente acompanhava, fazia frequência todos os dias.

P: Existia alguma proposta ou alguma forma de desligamento?

R: Existia. Eu não sei se ela era efetiva, eu não me lembro de ter desligado alguém, muito por conta da aderência ser muito alta. Mas...

((criança chama))

R: Mas tinha sim. Eles tinham limites de falta por semestre, se eu não me engano. Eles não podiam ter muitas faltas consecutivas. A gente ligava até, a gente tinha contato deles. E se eles estivessem faltando muito, a gente ligava, perguntava. Mas olha, naquela época era muito difícil ter desistência. O problema era o aumento, chegava muita gente, e o pessoal começou a abraçar a causa, mas os médicos começaram a indicar.

P: E você sabe me dizer por que a unidade de saúde foi o centro do programa? Não foi a UNESP, a praça ou qualquer outro... por que uma unidade de saúde?

R: Então... eu acho que isso teve um cunho político, assim, provavelmente de alguma... esses de municipal, de movimentar as unidades básicas de saúde, acho que por conta da segurança e do acompanhamento também, de você estar na proximidade de uma unidade, mas ela foi despretensiosa e planejada. Foi planejada isso. E não foi na UNESP por conta dessa descentralização mesmo, de poder atender locais que não estão perto da UNESP. Porque eu lembro que o Eduardo sempre comentou muito.



“Olha, aqui, na região da UNESP, o professor Gobbi faz um trabalho que a gente tem que se espelhar, que é assim, um trabalho muito forte que não é o foco do que a gente está pensando, apesar dele não, mas que seria pedido dos diabéticos e hipertensos, por conta da idade, mas o foco não era esse, do programa das unidades. E a ideia era, pelo que eu me lembro, era descentralizar mesmo assim, poder atender regiões que não são privilegiadas e que não sejam perto da universidade. Então teve um foco proposital.

P: E essas aulas aconteciam duas vezes por semana?

R: Não sei se duas ou três, mas acho que duas.

P: Tá. Inicialmente em uma turma... você consegue colocar numa linha cronológica para mim, mesmo de grosso modo, por exemplo, “olha, a minha participação começou em tal período, que era dessa forma, mais ou menos em tal período de tal ano aconteceu isso e isso”, alguns pontos, alguns marcos?

R: Sim. Ó! 2002, eu entrei no mestrado. Foi logo depois que eu entrei no mestrado que começou essa atividade. E aí, nesse período, era primeiro as palestras, foi por curto prazo, acho que um mês, mais ou menos, assim. Toda semana tinha palestrinha, tal, mas por pouco tempo. Aí começaram as atividades mesmo com as pessoas que frequentavam as palestras. Tanto é legal que eles tiveram uma parte teórica, vamos dizer, depois eles a iniciação prática. Era um grupo reduzido de pessoas que estavam lá. Depois de 6 meses, aumentou muito o número de alunos, as avaliações foram implementadas e foram distribuídas. E aí a gente aumentou a turma, o número de professores, até para ter revezamento, eu não sei se aumentou de duas vezes para três vezes por semana, daí sobrecarregou quem trabalhava, porque era cedinho. E aí aumentou um pouco o número de, acho que depois de uns seis meses, já aumentou bastante o número de professores que... estagiários que iam ministrar essas atividades. E aí depois de um ano, mais ou menos, começaram a aparecer os primeiros alunos acadêmicos que começaram a estudar o posto com os seus projetos. A gente tentou fazer isso isoladamente, mas aí começou a entrar alunos que estudaram o projeto. Assim, o programa, com projetos de pesquisa. E aí, acho que depois de um ano, um ano e dois meses, dobrou turma. Aí não lembro se... se a gente saía e entrava uma nova turma. Acho que sim, que lembro que chegava gente, e ficava esperando. É. Então, tinha uma turma, um horário que ia das sete às oito e depois

das oito às nove. E daí começou a acontecer na Vila Cristina mudar de dia também. Acho que segunda e quarta e terça e quinta, aumentou para caramba. Eu sai do programa, eu acho que eu participei um ano e oito meses, por aí. Dois anos, no máximo, porque foi o tempo que eu estava no mestrado.

P: As expansões com a participação da Andreia se deram mais ou menos em que período?

R: Logo no começo, a gente já sabia que a Andreia já trabalhava em outras unidades.

P: A Andreia já fazia trabalho em outras unidades?

R: É, eu não sei se ela fazia um trabalho periódico, a gente começou a fazer, mas ela já tinha...

P: Você também não sabe se o foco era o mesmo de vocês?

R: Não sei se o foco era o mesmo. Não sei se o foco era mesmo. Eu sei que ela fazia algumas atividades físicas ali atrás, no (Cervizão) ali atrás, numa areazinha que era tipo um estacionamento assim, eu não sei como está hoje, mas ela ficava com o pessoal por ali. Mas ela já, eu acho que a Andreia, ela já fazia alguma coisa, porque ela já, inclusive, ela conversava com o Eduardo e quando ela recebeu o primeiro resumo, a gente chamou a Andreia para participar por conta da experiência dela, e porque ela tinha resultados também, comparou, até o primeiro resumo tinha comparação de... e agora? De unidades ou de faixas etárias, eu sei que a Andreia participou porque ela tinha resultados, trazia avaliações que já tinham, não sei se começou com ela, mas que ela já tinha... nas primeiras vezes que a gente fez, a gente já foi fazer na Andreia essa avaliação de composição.

P: A periodicidade das avaliações?

R: Semestrais. A avaliação de composição corporal, acho que no primeiros seis meses do programa foi feito duas vezes, assim, logo no começo, depois de três meses, depois de seis meses, eu acho.

P: Nas mesmas pessoas?

R: Nas mesmas pessoas. Depois a gente começou a fazer de seis em seis meses. Então iniciava em fevereiro, daí fazia...

P: Tanto composição corporal como funcional?

R: ... toda vez que fazia um, fazia o outro e também pedia...

P: Avaliações bioquímicas, eram feitas?

R: ... e avaliações bioquímicas eram feitas, não pela UNESP. Na verdade, a gente relata... é. No começo a gente pegava os prontuários que os médicos, os exames que eles entregavam para os médicos, mas isso logo no começo. E aí, depois de eu acho que, depois de poucos meses, aí começou a fazer coleta de sangue para fazer análise na UNESP. Eu acho que foi rápido, isso assim. Acho que começou a fazer avaliação bioquímica.

P: E avaliação bioquímica também era semestral?

R: Também era semestral.

P: Legal.

R: Eu acho que era semestral.

P: Existe alguma preocupação ou, melhor, alguma forma de acompanhar a continuidade da intervenção?

R: Então... na época que eu participei, os alunos, eles nunca tinham alta, assim, vai, não sei se é assim que vocês falam hoje, mas a gente acompanhou o programa no ano em Limeira, que na verdade, não faz parte diretamente, mas eu acompanhei algumas atividades e a gente tinha até planejamento para esses alunos que fazem atividade supervisionada. Um tempo depois iriam para a Unicamp. Lá o pessoal tem alta, eles ficam três meses, pró-cirúrgico, projeto para cardio. Beleza, tem a alta e daí fica... assim, desacompanhada. Agora não. Mas ficavam desacompanhados. Aqui, eu não me lembro de acontecer isso. Os pacientes, eles nunca tinham alta. Essa sensação, acho que por isso que aumentou tanto o número de alunos em curto prazo, porque só chegavam alunos.

P: E não havia uma desistência significativa para vocês se preocuparem.

R: Não havia desistência. Os alunos não desistiam, não tinha desistência. Eu não me lembro de aluno que desistia, tanto que... não me lembro de aluno desistente.

P: E teve alguma estratégia para aumentar essa adesão? Ou foi natural?

R: Olha, eu acho, Netto, que o pessoal da saúde, do posto, especialmente onde eu trabalhava, eles começaram a dar crédito para o programa. Não sei se uma boa leitura é essa, mas eu acho que sim. Num primeiro momento, tinha lá, a senhora aí que eu não lembro o nome, que gostava do que estava acontecendo. Conversava muito com o Eduardo, conversava muito com a Eliete, era muito atenciosa com a gente. Depois de um tempo, as próprias funcionários, as secretárias que deixavam, do posto lá, que às vezes eram mais amistosas, às vezes menos, elas já deixavam a gente acessar prontuário, os médicos começaram a ter um olhar melhor, eu acho. Eles começaram a ver que não era uma brincadeira aquilo, que era algo sério. Então eu acho que essa... essa visibilidade, até os resultados do que estava acontecendo, porque eles melhoravam, melhoravam, especialmente na parte funcional, mas bioquimicamente eles melhoravam bastante. Os níveis pressóricos ficavam mais controlados. E acho que, nesse sentido, o município passou a ter olhos melhores para isso, e micro, no modo micro, acho que o pessoal da unidade Vila Cristina começou a dar mais crédito para o programa. Então eles começaram a indicar mais. Ao invés do médico dizer assim, no meu entendimento “olha, você tem que fazer caminhada 30 minutos por dia”, ele falava “olha, tem um programa aqui que você, se quiser, você conversa lá com o pessoal, que eu estou dando a indicação, mas aí você tem que se adequar ao que eles fazem” e tal, e aí, nesse sentido foi aumentando muito. E as vizinhas, também teve isso. As amigas das amigas, assim, tinha, vinha sempre uma senhorinha lá com a família. Vai e vem, isso é um problema também, porque aí vinha a filha, que não era diabética e falava “‘Puxa!’, mas eu não posso participar?”, “não. Não tem como. A gente precisa recebê-los”, os pacientes. E daí o que é que acontecia? Pessoa que às vezes nem era de repente assídua no posto, passava, via que estava com algum problema, era postero-indicado. Então, aumentou nisso assim, a própria população acho que foi divulgando, também.

P: E essa coparticipação?

R: No Jardim das Palmeiras eu lembro que a gente fazia avaliação física, tinha um espaço legal até para fazer as avaliações, o que eles faziam? Eles tinham um incentivo que era municipal, para ir para o posto e até para fazer as atividades, porque eu lembro que eles ganhavam leite.

P: Ah.

R: Eu não sei se teve... se alguém falou disso ((acha graça)) mas eles ganhavam leite. Quem ia para a avaliação, não sei se era para a avaliação, porque diziam avaliação, mas quem ia, ganhava um litro de leite. Então eles tinham incentivo até de... assim, para continuar. Não sei se era para... eu não sei, isso teria que ver com a Andreia, por exemplo, quem estava lá Que assumiu o Palmeiras, ela não era do Palmeiras, ela foi para o Palmeiras, ela assumiu também. Acho que foi isso. E eles ganham um litro lá, que era... tinha uma filinha até na hora de ir embora e ganhavam um leitinho. Então isso eu acho que foi municipal.

P: Essa coparticipação na execução do programa, se reflete, se refletia também na gerência do programa? Ou a gerência era exclusivamente do grupo pertencente à UNESP?

R: Não. Existia uma... uma conversa, muito assim... a Eliete e o Eduardo, eu nunca participei de conversas com o município. Eu era estagiária do programa assim, eu era executora ali. Mas que a gente conversava com eles, obviamente, eles explicavam o que estava acontecendo, e eu sei que tinham assim, conversas municipais. A professora Eliete, o professor Eduardo, e o doutor Geraldo, eles estavam sempre em contato com...

P: O doutor Geraldo, representando a Secretaria de Saúde Municipal, no caso.

R: Sim. E eles estavam sempre em conversa. Eu acho que eles até marcavam, conseguiam agendar reuniões com o prefeito, porque eu lembro que quando conseguiu os materiais, foi via conversas políticas, Eduardo, Eliete, doutor Geraldo, e essa... esse link com o prefeito, com a prefeitura.

P: Havia algum tipo de recurso financeiro disponível para o programa?

R: Não. Não que eu saiba. O que houve...

P: Bolsa? Nada?

R: Não. Não teve. O que aconteceu foi até quando eu estava saindo, acho que perto de 2004. O Eduardo comentou que estava para chegar bolsa para os estagiários. Então, a priori...

P: Você sabe, lembrar de agência, de qual agência?

R: Não. Eu acho que até... por exemplo, eu era bolsista CNPq, mas o meu projeto não era especificamente para desenvolvimento das atividades, não... mas eu acho que tinha até um esquema de bolsa municipal, assim, uma tentativa do município investir uma verba, que não era agência de fomento externo. Me parece que quando o Eduardo comentou, mas isso foi por alto, depois eu sai, ele “ó! Tem uma notícia boa. Parece que a partir do ano que vem – acho que era 2004 – a gente vai conseguir algumas bolsas via prefeitura, para os estagiários da UNESP para continuar o programa, porque a prefeitura está vendo com bons olhos, olha, já conseguiram...” e também aconteceram eventos políticos. Por exemplo, o Lars Grael veio para cá. E aí o Lars Grael...

P: Uma informação importante porque a foto mais antigo que eu tenho do programa, é a visita do Lars Grael. Você lembra a data?

R: Eu acho que tem até foto mais antiga. Preciso caçar, eu acho que eu tenho, se eu tiver eu te mando. Eu não tenho certeza, porque não era máquina... quer dizer, se eu tinha máquina digital... acho que não era, né.

P: Não era. Era rolo.

R: Não sei. A visita do Lars Grael deve ter sido 2000... início de 2003, até no meio de 2003, no... é... se bem que defendi 2004.

P: Agora, a visita dele foi específica pelo programa? Ou...

R: Não. Eu acho que ele estava fazendo visita na cidade. Assim, estava fazendo visita, alguns municípios.

P: O Lars Grael, na época o que ele era?

R: Ele era do Ministério. Secretário Estadual...

P: Secretaria Estadual de Juventude ((sobreposição de vozes)) (inint).

R: É. Exatamente. Então ele estava fazendo visita a alguns municípios. E aí teve uma... foi um evento assim, o Lars Grael veio visitar o grupo e viu algumas atividades, teve uma palestra, ele participou, a gente até organizou ali na... no Princesa Vitória, um espaço. Os idosos, os nossos alunos, que eram idosos, eles foram assistir. Foi uma visita marcante. E também outras atividades que não eram do ponto de vista da... assim, da atividade física, mas que envolve capacidade funcional, não tem nada disso,

eram culturais, assim. A gente começou a estabelecer atividades culturais. Por isso que a primeira foto é de festa junina. Se eu não me engano. Logo que começou o programa, no primeiro junho já a gente fez uma festa junina que foi simples. Daí, no segundo junho então foi uma baita festa junina. E foi bem legal assim. Então eles também tinham atividades que não eram só físicas.

P: Diretamente.

R: É. Indiretamente acabavam melhorando a qualidade de vida. A capacidade funcional, não. Mas a qualidade de vida, sim.

P: Você entende que a equipe que envolvida tanto na gestão como a equipe envolvida na execução do programa, era dedicada e motivada?

R: Sim. Assim, o Eduardo e Eliete, que eram gestores da UNESP, nesses programas, eram extremamente dedicados. Abraçaram a causa, mesmo. 'Nossa!' eles... e quando acontecia qualquer desânimo por parte de um integrante executor, porque era uma atividade que não envolvia ninguém, todo mundo acabou abraçando a causa. Os alunos do Eduardo e os alunos da Eliete, abraçaram a causa no projeto que não eram deles, de pesquisa, e quando existia qualquer desânimo, que era raríssimo assim, eles... nos estimulavam bastante. Então a equipe era estimulada. Eu não sei como era o estímulo do poder público. Porque não tinha esse contato na época. Não tinha essa vivência. Mas o nosso grupo, os envolvidos eram muito interessados. Quem, por algum momento não se desinteressou, acabava até saindo. Antes, vestir a camisa do que... mas eu me lembro, assim. Acho que teve um... será que...? É que eu não lembro o nome dessa pessoa, mas teve acho que um menino que foi, ficou alguns dias... desanimou, assim, parou de ir, porque os outros, muito motivados. Os gestores, muito, e os alunos, muito também.

P: Uma opinião pessoal sua em relação ao momento que você vivenciou o programa, para o momento que o programa vive dentro da sua atuação profissional. O programa iniciou com um programa voltado para diabéticos e hipertensos, mas um foco pensando na melhora das capacidades físicas, desenvolvimento de condição física voltada para a saúde, assumindo que quem participaria eram pessoas encaminhadas por serem diabéticos e hipertensos. Correto?

R: Certo.

P: No momento atual, o programa também atende diabéticos e hipertensos, mas tem uma preocupação, continua com a preocupação do desenvolvimento, o aumento do nível de atividade física das pessoas, mas não reduz a participação a encaminhados por diabéticos e hipertensão. Você acha que isso descaracteriza o programa, ou isso faz parte de um processo natural do programa e do próprio problema de saúde do país, ao qual o programa um dia se espelhou para começar?

R: Eu acho que é totalmente plausível admitir que isso é natural. Assim, como quase tudo, a gente começa com um projeto, com um plano, com um foco, e não necessariamente isso continua da mesma forma. Eu acho que isso aconteceu com o programa também, pelo menos o pouco entendimento que eu tenho do que acontece hoje, eu vejo que ele é... parece que teve uma palestra uma vez no... num evento de vocês. E fui fazer, fui olhar quantas unidades eram atendidas, e eu fiquei abismada, e obviamente que quando você expande, você também não... não vai passar a negligenciar pessoas que não tenham ainda ou diabetes ou a hipertensão, e passam também a trabalhar com uma característica, que é a preventiva. Então acho que é absolutamente normal, não vejo como demérito e não acho que isso descaracteriza a ideia inicial do programa, muito pelo contrário agrega, você passa a ter um programa com um foco, com uma característica na verdade, mais condizente com a situação em que a gente vive com outros programas também. Eu sei que quem está hoje no programa, é também se espelha em outros programas grandes, que acontecem ao nível estadual, ao nível nacional, até internacional. E é difícil você se focar apenas em uma patologia e negligenciar o resto. O melhor é que... o ideal seria que todos fossem, todos possíveis, fossem atendidas por programas como esse, então eu acho que (muito falta) de jeito nenhum. Quer dizer, não passa a ser o foco original, mas isso não é demérito, você está ampliando, se tem condição, acho que tem que ampliar mesmo.

P: Sinta-se à vontade para acrescentar algo que você acha pertinente, que não foi questionado.

R: 'Nossa!' eu falo muito, tanto que eu falei tudo. ((acha graça))

P: ((acha graça))

R: ... . eu acho que o que é surpreendente assim, e acho que isso foge um pouco do que era o início, é que eu acho que quem participou no início não imaginaria, apesar



de já existirem planos naquele momento de alguma expansão, e o Eduardo já comentava isso, “talvez a gente consiga ampliar para atender Rio Claro todo. ‘Nossa!’ quem sabe os nossos egressos poderiam pensar em programas em locais diferentes que não só Rio Claro, e tal”, ele sempre comentou dessa toda possibilidade de expansão. Mas eu acho louvável, isso deve ser pontuado, eu acho, assim, como cresceu o programa. São aí dez anos mais ou menos, onze ou doze anos, que você pode entender como algo muito longo ou muito curto, depende da... do ponto de vista. Eu, particularmente acho que 12 anos para o estabelecimento de um programa, para atividades, é um período relativamente curto para ter uma abrangência tão grande como tem hoje, atender tanta gente como atende hoje. Então eu vejo isso como algo principalmente positivo que talvez não fosse naquele início possível de imaginar, que tomaria essa proporção. E quando terminei, quando eu sai do posto, que eu fui fazer doutorado com outro foco, mas eu continuei acompanhando o que acontecia, ia lá na UNESP, então conversava, e depois de uns dois anos Teve um Salto, e aí teve bastante gente que começou, muitos alunos que começaram a ter auxílio por agências de fomento, porque começaram a desenvolver os seus projetos com o posto. Então eu acho que isso também. A parte acadêmica deu um subsídio maior para a manutenção do programa, que a gente não tinha naquele momento, porque ninguém tinha projeto especificamente com isso. E passaram a entrar alunos já com esse... que os alunos de graduação acompanhavam os de pós-graduação e nesse sentido aí, você tinha assim, as crias, que quem está vendo já se interessa, já começa a pensar em projeto, os primeiros TCCs, apareceram os trabalhos de conclusão de curso, daí muitos se interessaram em continuar o mestrado com foco aí, o foco de estudo desses alunos foi diferente, que também potencializou, eu acho, essa... essa gerência. Porque aí, quem tem projeto, não vai só na aula, está gerindo quem... acho que isso aconteceu assim, de uma forma legal, essa... meio que terceirização da gestão. Tem os cabeças importantes ali, que vão continuar gerenciando tudo. Mas aí quando você tem alunos que são bolsistas, eles são acadêmicos, eles passam e tem isso como foco, passam a treinar alunos para serem executores, acompanhar para ter mais tempo até de trabalhar com os seus dados. Sei lá. Então deu um “up” assim, isso eu acho que vale a pena ressaltar, do que era e como ficou. Acho que o salto dela é até gigantesco.

P: Ótimo. Para a gente encerrar, eu peço para que você me indique pessoas que você julga imprescindíveis que podem contribuir com esse trabalho, para que eu possa entrevistar.

R: Geral.

P: Envolvidos com o programa.

R: Olha, professora Eliete, professor Eduardo. Acho que o Geraldo, o Nevoeiro, até ((acha graça)) porque está nesse lado da gestão. Eu não sei quem era além do... na verdade, o doutor Geraldo faria muito bem esse papel, faria, mas é porque me marcou o prefeito ter dado uma... que era tão pouco, a gente ficou tão feliz. Então...

P: Eu não tenho... só para... eu não tenho certeza...

R: Quem era.

P: Eu acho que em 2002 era o Claudimauro, o prefeito da cidade.

R: Era o Claudimauro, é verdade, Netto. Me desculpa a falha aí. Mas acho que era o Claudimauro, mesmo. Eu lembro o prefeito, que foi... ele não foi no posto, mas ele mandou os colchonetes e eu lembro que isso foi memorável, assim.

P: ((acha graça))

R: E era tão pouco, mas a gente achou tão muito, enfim. ((acha graça)) Aí... pessoas que eu acho que você deveria conversar, Fábio Nakamura, José Alexandre, o Ricardo José Gomes, José Pauli, Rafael Silveira, Andreia Nadai, Clarice, Tsubuya, essa senhoria lá do posto da... eu não lembro o nome dela, eu vou...

P: Eu vou tentar levantar. Era uma mulher, coordenadora do posto.

R: Eu tenho, porque eu tenho certificados de estágio, se quiser eu até dou uma olhada. Eu te mando por e-mail, eu te mando por e-mail. Era um nome diminutivo, acho que era Regininha. Essa senhora, porque eu lembro que ela deu muito apoio, eu não lembro quem eram os médicos da época, mas seria legal se conseguisse conversar com alguém que indicava. E talvez, eu não sei se você fez esse levantamento, achar algum participante que fez parte do início, que ele esteja no programa para conversar um pouco sobre... assim, que seria legal para você ter a visão do participante, não nossa, não sei se é foco do seu trabalho, mas eu acho que é isso.

P: Ótimo. Beleza. Muito obrigado.

R: Muito de nada.

((fim da transcrição))

# APÊNDICE VII

## TRANSCRIÇÃO

Américo Valdanha Netto

—

## TÉCNICO DE LABORATÓRIO

### **PARTICIPANTES**

P: Pesquisador (Américo)

R: Participante (TÉCNICO DE LABORATÓRIO)

### **TEMPO DE GRAVAÇÃO**

9 minutos

### **LEGENDA**

... → pausa ou interrupção.

(inint) → palavra ou trecho ininteligível.

(palavra) → incerteza da palavra transcrita / ouvida.

((comentários de transcrição))

---

(INÍCIO)

P: Clarice, por favor, me informe o seu nome completo e qual o histórico do seu envolvimento com o programa de exercícios físicos em unidades de saúde no Município de Rio Claro?

R: Clarice Sibuya. E o meu envolvimento... é com análise bioquímica das avaliações nas que (inint) faz dos usuários.

P: Ótimo. Clarice, sempre pensando no período em que o programa foi implantado, preferencialmente pensando nesse período, está bem? Você se lembra do ano de implantação do programa?

R: Não. O ano, exatamente, não. Mas tem muito tempo, eu acredito que tenha...

P: 2001.

R: 2001?

P: É. Na época, você sabe me dizer se o programa foi pensado com base na situação de saúde do país?

R: Ah, não sei.

P: E na construção do programa, você sabe me dizer quais foram os agentes que participaram dessa construção? Quais as pessoas que estavam envolvidas naquele momento?

R: ((silêncio))

P: Havia alunos, havia professores, gestores de saúde?

R: É, o programa... eu acredito que o programa começou com o convite do prefeito, do pessoal da prefeitura para Eliete. E aí a Eliete resolveu chamar o Edu, para ele dar esse programa de atividade física, e a Maria Alice estava envolvida. Ela dava palestra de nutrição, uma coisa bonita.

P: Legal. E dentro desse perfil, qual era o objetivo do programa que começou a se iniciar, o que se pretendia com esse programa?

R: Eu acho que era atender os diabéticos. Acho.

P: Com atividades físicas?

R: Isso.

P: Ótimo. Você sabe me dizer, pode ser especificamente na sua área, talvez mais nas análises bioquímicas. O modelo do programa, ele é pertinente para a proposta? Ele responde à necessidade? Por exemplo, você faz as análises bioquímicas desde o início do programa. Você saberia me dizer se com a participação durante um tempo, as pessoas têm resultados? Ou você não tem esse controle de pessoas? Você apenas faz as análises?

R: É. Eu não tenho controle, eu só faço as análises. E recomendo, sabe?

P: Ótimo. Está bem. Qual o foco do programa? Você sabe me dizer geograficamente, economicamente, se é grupo vulnerável?

R: Não.

P: Não? Critérios de inclusão de pessoas no programa? Para participar, você precisa de algo específico? Por exemplo, ser idoso, ser diabético, ser hipertenso?

R: Eu acho que são as pessoas que procuram o posto de saúde.

P: Ótimo. Você sabe me dizer como funciona a intervenção do programa?

R: Não.

P: Ótimo. Referente agora, ao seu trabalho dentro do programa. Está bem? Me dê particularidades sobre os exames de análise bioquímica. O quanto é coletado de sangue? Quem faz essa coleta? A análise é feita? Quais os instrumentos? Quais os equipamentos? O que você puder me falar sobre essa avaliação bioquímica, que é de sua responsabilidade?

R: A coleta é feita pelo pessoal do posto, mesmo. Os enfermeiros fazem. E são agendadas na época da avaliação física, que é feito também acho que semestralmente, é isso? E que mais? As análises são feitas aqui no laboratório, mas sempre com alunos, querendo aprender, então eles...

P: Alunos de graduação?

R: De graduação. É, normalmente são de graduação. Aí eles têm a vivência também, já ajuda bastante.

P: Então há um envolvimento de alunos inclusive nesse processo especializado que você faz?

R: São os que... inclusive são os que vão para os postos.

P: Os responsáveis pelas aulas?

R: Isso.

P: Legal. Tecnicamente, diga o nome de aparelhos, material assim, que são utilizados?

R: A gente usa kits bioquímicos comuns, que são lidos em espectro e a gente lê em leitora de microplaca. Então, rende muito, rende sangue, rende reagente, e tem. Então é bem rápido.

P: A confiabilidade desses resultados, podem ser equiparadas ou são equiparadas como qualquer outro laboratório privado? Onde as pessoas fazem seus exames?

R: Sim. Bem confiável.

P: Legal. Clarice, mais uma coisa interessante, recursos para esse serviço que o programa oferece, que é a avaliação bioquímica. De onde vem os recursos para fazer essa avaliação?

R: Tem vindo dos projetos. Dos projetos de pesquisa do Eduardo.

P: Existe um apoio da universidade em si para isso?

R: Da universidade, não.

P: Não? Ótimo. Eu tenho outras questões mas que são de gestão do programa, que provavelmente são outras pessoas envolvidas com esse universo, que vão me dar essa contribuição. Mas desse momento, eu quero que você se sinta à vontade para acrescentar alguma informação que você julgue pertinente, para eu estar sabendo o que você gostaria de passar para a gente referente a esse programa? Não tem nada, nada.

R: É. Eu acho que está perfeito.

((risos))

P: Para a gente poder terminar, eu vou solicitar para que você me indique nomes das pessoas envolvidas no processo de elaboração e de implantação do programa, para que eu possa procurá-los numa entrevista. Então, pessoas que estão envolvidas

dentro da universidade, fora da universidade, que participaram desse processo, para que eu possa procurá-las.

R: A Eliete, Luciano, com certeza. Eduardo Kokubun. A Priscila, Nakamura, acho que é isso. E o Américo, né.

P: Está ótimo, eu vou tentar falar com ele.

((risos))

P: TÉCNICO DE LABORATÓRIO, obrigado por sua participação.

((fim da transcrição))



## **APÊNDICE VIII**

### Resumo das Expressões Chave

## GESTÃO DA ATIVIDADE FÍSICA NO SUS: O PROCESSO DE INSERÇÃO DO PROGRAMA DE EXERCÍCIOS FÍSICOS EM UNIDA

## 1 - O programa foi pensado com base na situação de saúde do país? Quem participou da construção do programa?

Expressões Chave		Idéia Central
Coordenador	<p>E eu ficava muito incomodada pelo seguinte, nós tínhamos um volume muito grande de pacientes, porque é uma região bem populosa, lá do Vila Cristina. E era assim, muitos pacientes com problemas de diabetes, pressão alta e constantemente passa ali consulta, e aquela coisa que não se controlava, não diminuía, muito pelo contrário, aumentava o número de pacientes, assim, 'significativamente'; vamos dizer. Então eu comecei a ficar, por ter essa visão de saúde pública - não é? - que eu acho que isso muda muito o olhar do profissional na área de saúde e eu tentei começar a buscar alguma coisa que eu pudesse ajudar e colaborar para tentar modificar esse quadro.</p> <p>Não, eu acho que naquele momento a gente não pensou tão grande assim. Nós pensamos bem pequenininho, era bem assim, 'pé no chão', era de tentar resolver aquele problema que nós tínhamos bem debaixo do nosso nariz, que era, a princípio, a Unidade da Vila Cristina.</p>	o pensamento estava voltado para UBS Vila Cristina
Médico	Então, vamos dizer assim, independente de existir já uma política, já havia essa visão, e uma visão essa, que a gente já comentava também, lá na própria Educação Física, onde a gente atendia a comunidade, desenvolvendo as práticas dali junto da comunidade, dos idosos que ali chegavam, para estar desenvolvendo um trabalho ali. E isso se estendeu, então, para as unidades.	experiência de programas na universidade que foram levadas para as UBS
Secretário	Na verdade, nem eu estava pensando na relação com o país como um todo. Ai sim, com a população de Rio Claro, para uma atividade para elas	preocupação com a situação de saúde da população local
Professor 1	Olha, não me pareceu. Pelo menos da forma que chegou aqui, eu entendi, mas pode ser uma visão minha. Pela forma pela qual elas vieram conversar comigo, na primeira vez, e eu não tinha estrutura nenhuma, eu entendi que elas sentiram uma necessidade local, em primeiro plano, aquela do posto da Vila Cristina. Ela sentiu uma necessidade local ali, de pacientes que tinham a doença, tinham o problema, e eles, acho que tinham um médico no início para atender e era muita gente.	foi diagnosticada uma necessidade local de intervenção, na UBS Vila Cristina

## GESTÃO DA ATIVIDADE FÍSICA NO SUS: O PROCESSO DE INSERÇÃO DO PROGRAMA DE EXERCÍCIOS FÍSICOS EM UNIDA

## 1 - O programa foi pensado com base na situação de saúde do país? Quem participou da construção do programa?

Expressões Chave		Idéia Central	
Professor 2	Os princípios, assim, saúde gratuita para todos, atendimento à saúde é um dever do Estado, e assim vai. E as pessoas vão se engajando, sabe-se que existem necessidades regionais. Cada local é diferente, um local é diferente do outro. E mesmo no mesmo município, uma unidade tem uma característica totalmente diferente da outra. Então, o sistema funciona porque as pessoas se engajam. É muito difícil num sistema como esse você ter um planejamento assim, muito geral, que seja universal, que seja aplicada a todo mundo	programas dependem de envolvimento dos atores e são pensados para realidade local	<b>A</b>
Professor 3	Mas pelo que eu sei, pelo que foi conversado, na época, a professora Eliete já vinha acompanhando a situação de Rio Claro frente a esse desenvolvimento desenfreado da obesidade, especialmente hipertensão, a diabetes da cidade, e o Geraldo Barbosa, o doutor Geraldo, ele foi... foi bastante tempo médico na UNESP, e ele sempre teve muito contato até onde eu sei, com a Eliete, com a professora Eliete e com o professor Eduardo.	havia conhecimento da realidade da situação de saúde do município de Rio Claro	<b>A</b>
Coordenador	E eu ficava muito incomodada pelo seguinte, nós tínhamos um volume muito grande de pacientes, porque é uma região bem populosa, lá do Vila Cristina. E era assim, muitos pacientes com problemas de diabetes, pressão alta e constantemente passa ali consulta, e aquela coisa que não se controlava, não diminuía, muito pelo contrário, aumentava o número de pacientes, assim, 'significativamente', vamos dizer. Então eu comecei a ficar, por ter essa visão de saúde pública - não é? - que eu acho que isso muda muito o olhar do profissional na área de saúde e eu tentei começar a buscar alguma coisa que eu pudesse ajudar e colaborar para tentar modificar esse quadro. Não, eu acho que naquele momento a gente não pensou tão grande assim. Nós pensamos bem pequenininho, era bem assim, 'pé no chão', era de tentar resolver aquele problema que nós tínhamos bem debaixo do nosso nariz, que era, a princípio, a Unidade da Vila Cristina.	O foco eram os pacientes diabéticos e hipertensos	<b>B</b>

## GESTÃO DA ATIVIDADE FÍSICA NO SUS: O PROCESSO DE INSERÇÃO DO PROGRAMA DE EXERCÍCIOS FÍSICOS EM UNIDA

- 1 - O programa foi pensado com base na situação de saúde do país? Quem participou da construção do programa?

Expressões Chave		Idéia Central	
<b>Secretário</b>	Nós tínhamos, dentro do município, uma preocupação grande com a questão de hipertensão, com a questão de diabetes, que são doenças crônico-degenerativas que vem avançando no país, agora, com o aumento da faixa etária e com a questão da pouca atividade física, ou nenhuma atividade física, que a população tinha.	preocupação com o avanço das DCNT, em especial a diabetes e a hipertensão	<b>B</b>
Professor 1	então o nosso postinho atende pessoas que não têm, uma renda, por exemplo, que possam estar fazendo uma atividade física ou indo para um clube ou para uma academia, nada disso. É uma população carente - vamos dizer assim - de um bairro relativamente pobre, que não tem condições de frequentar uma academia nem nada". Mas os médicos normalmente dizem assim, "é bom que você façam alguma atividade física, é bom que caminhe", mas eles não têm noção se uma caminhada é importante, e se o paciente pode caminhar, se ele pode andar, o que ele pode fazer, ela falou, "mas para nós qualquer coisa é lucro, porque é uma população que necessita muito da colaboração. E se a Universidade puder colaborar nesse sentido..."	preocupação em oferecer atividade física para uma população que não tem acesso a programas e que tem encaminhamento médico para atividade.	<b>B</b>
Coordenador	E eu ficava muito incomodada pelo seguinte, nós tínhamos um volume muito grande de pacientes, porque é uma região bem populosa, lá do Vila Cristina. E era assim, muitos pacientes com problemas de diabetes, pressão alta e constantemente passa ali consulta, e aquela coisa que não se controlava, não diminuía, muito pelo contrário, aumentava o número de pacientes, assim, 'significativamente'; vamos dizer. Então eu comecei a ficar, por ter essa visão de saúde pública - não é? - que eu acho que isso muda muito o olhar do profissional na área de saúde e eu tentei começar a buscar alguma coisa que eu pudesse ajudar e colaborar para tentar modificar esse quadro. Não, eu acho que naquele momento a gente não pensou tão grande assim. Nós pensamos bem pequenininho, era bem assim, 'pé no chão', era de tentar resolver aquele problema que nós tínhamos bem debaixo do nosso nariz, que era, a princípio, a Unidade da Vila Cristina.	Visão de saúde pública contribuiu para buscar novas abordagens	<b>C</b>

## GESTÃO DA ATIVIDADE FÍSICA NO SUS: O PROCESSO DE INSERÇÃO DO PROGRAMA DE EXERCÍCIOS FÍSICOS EM UNIDA

1 - O programa foi pensado com base na situação de saúde do país? Quem participou da construção do programa?

Expressões Chave		Idéia Central	
Médico	o fato é que eu, com a minha formação, que era médico do esporte, a gente sabe, vamos dizer assim, dos benefícios da atividade física, junto à questão de saúde como um todo. E a importância de usar esse recurso como uma ferramenta auxiliar ao tratamento complementar aí.	Promoção de Atividade Física para saúde	<b>C</b>
Secretário	Nós tínhamos, dentro do município, uma preocupação grande com a questão de hipertensão, com a questão de diabetes, que são doenças crônico-degenerativas que vem avançando no país, agora, com o aumento da faixa etária e com a questão da pouca atividade física, ou nenhuma atividade física, que a população tinha.	preocupação com os baixos níveis de Atividade Física da população	<b>C</b>
Professor 1	Então ela viu uma necessidade de algo um pouco maior, e ela tinha um pouco uma visão de talvez uma parceria com a Universidade ou qualquer coisa assim, e um pouco também, da Prefeitura, talvez, da visão dos postos da cidade.	necessidade de envolver a Universidade na UBS	<b>C</b>
Professor 2	Basicamente o que existe de universal são metas, metas de quando você pactua um programa, um projeto com gestores, você estabelece metas que são mensuráveis, objetivas, e o modo como você vai atingir isso, você tem autonomia para tomar a decisão. Então, eu acho que as coisas andaram bastante porque esse tipo de conhecimento, não diria conhecimento, foi incorporado. Ao longo do projeto isso foi incorporado	o programa foi planejado em conjunto e os atores tinham autonomia de ação	<b>C</b>
Professor 3	Mas pelo que eu sei, pelo que foi conversado, na época, a professora Eliete já vinha acompanhando a situação de Rio Claro frente a esse desenvolvimento desenfreado da obesidade, especialmente desenfreamento do diabetes... a síndrome metabólica, porque assim, a hipertensão, a diabetes da cidade, e o Geraldo Barbosa, o doutor Geraldo, ele foi... foi bastante tempo médico na UNESP, e ele sempre teve muito contato até onde eu sei, com a Eliete, com a professora Eliete e com o professor Eduardo.	envolvimento de ação entre a universidade e o poder público	<b>C</b>

## GESTÃO DA ATIVIDADE FÍSICA NO SUS: O PROCESSO DE INSERÇÃO DO PROGRAMA DE EXERCÍCIOS FÍSICOS EM UNIDA

## 1 - O programa foi pensado com base na situação de saúde do país? Quem participou da construção do programa?

Expressões Chave		Idéia Central
Coordenador	E marquei uma entrevista lá com o Eduardo [Kokubun] e fui eu e a assistente social Sônia que já se aposentou também, trabalhava lá na Unidade comigo..... E foi quando, na época era o Stivalli, o Secretário de Saúde, ele achou na avaliação que ele fez da Unidade, do projeto que a gente estava fazendo e que estava dando certo, e resolveu começar a colocar em outras unidades também.	UBS Vila Cristina procurou a UNESP e posteriormente, com a Secretaria de Saúde, o modelo criado foi levado à outras Unidades de Saúde
Médico	o articulador do programa em termos, dessa extensão para as demais unidades, é com o professor Eduardo Kokubun e o Departamento de Educação Física da UNESP	a Universidade foi articuladora da intervenção
Professor 3	Na primeira reunião o Eduardo foi acho que com a Eliete, a professora Eliete, conversaram com o pessoal de lá, com os gestores, até, eu acho, com os gestores do posto	Se reuniram gestores da UBS com professores da Universidade
Professor 2	A professora Eliete foi, tinha sido procurada pela coordenadora da unidade de saúde de Vila Cristina, e eu acho que o nome dela era Bete, se eu não me engano. Isso, era, era Bete. E ela foi chamada pela Bete para fazer uma série de palestras no programa de hipertensos e diabéticos que a Secretaria de Saúde fazia no município. Então ela tinha pedido para Eliete arrumar algumas palestras lá para os pacientes. Como envolvia hipertensos também, ali, a Eliete era mais diabéticos, ela pediu para que eu também participasse dessa série de palestras. E aí a gente começou dando palestras.	Coordenadora da UBS procurou a Professora da Universidade para realizar palestras com Diabéticos e Hipertensos
Professor 1	Aí a secretária do departamento ligou para mim, eu estava nessa sala aqui, e ela disse que tinha duas pessoas, uma dessas pessoas era do posto de saúde da Vila Cristina. "Se você aceitar, nós estamos fazendo um convite. Se você puder fazer alguma coisa que possa ser útil para aquela comunidade - ela falou	A coordenadora da UBS Vila Cristina procurou a universidade para propor uma parceria de intervenção
Coordenador	Quando nós chegamos lá e começamos a conversar com o Eduardo, eu não sabia explicar para ele exatamente o que eu queria, mas eu dizia a ele	nenhum dos envolvidos sabiam que tipo de intervenção seria necessária, havia o consenso da necessidade de levar Atividade Física à pacientes

## GESTÃO DA ATIVIDADE FÍSICA NO SUS: O PROCESSO DE INSERÇÃO DO PROGRAMA DE EXERCÍCIOS FÍSICOS EM UNIDA

- 1 - O programa foi pensado com base na situação de saúde do país? Quem participou da construção do programa?

Expressões Chave		Idéia Central	
Secretário	<p>que eu queria alguma coisa, né? E ele também não sabia o que ele teria para me oferecer. E foi nesse "não sei o que quero" e "não sei o que eu tenho" e a gente foi sentando, conversando, ajustando, né. E chegamos nessa questão de fazer um projeto para uma atividade física dentro da Unidade para os pacientes diabéticos e hipertensos. E aí nós começamos.</p> <p>Olha, eu tive várias conversas com o professor e com a equipe dele. E nós trouxemos algumas pessoas. Eu acredito que o pessoal da atenção básica nossa, mas eu não me lembro exatamente quem eram as pessoas que participaram.</p>	<p>diabéticos e hipertensos tendo a UBS como local de prática.</p> <p>houve envolvimento do Secretário de Saúde e da Atenção Básica do Município em reuniões com a Universidade.</p>	<b>E</b>
Professor 1	<p>Da forma em que aconteceu o nosso programa, em particular, foi uma forma muito interessante, porque ele partiu da sociedade, de uma necessidade da sociedade, e na Universidade ele encontrou um meio de atender essa demanda</p>	<p>o programa nasce de uma demanda da sociedade</p>	<b>E</b>

## GESTÃO DA ATIVIDADE FÍSICA NO SUS: O PROCESSO DE INSERÇÃO DO PROGRAMA DE EXERCÍCIOS FÍSICOS EM UNIDADE

## 2 - Quais eram objetivos e o foco do programa?

Expressões Chave		Idéia Central	
Professor 2	Basicamente são os grupos mais vulneráveis, de nível socioeconômico mais baixo.	um programa para grupos mais vulneráveis, de nível socioeconômico mais baixo.	<b>A</b>
Professor 3	poderes socioeconômico baixo, porque eram os frequentadores das unidades básicas de saúde. Na Vila Cristina eram os frequentadores especificamente desse porte. Então a gente atendia muito a população mais carente. Obrigatoriamente eles tinham que ter indicação da unidade, a gente não podia aceitar alunos que... a gente sempre... eles vinham com encaminhamento.	peessoas que frequentavam e tinham encaminhamento da UBS, normalmente com baixo nível socioeconomico, uma população mais carente	<b>A</b>
Coordenador	O nosso foco era pegar os hipertensos e diabéticos Naquele momento da Unidade Básica de Saúde da Vila Cristina	oferecer Atividade Física para Diabéticos e Hipertensos da UBS Vila Cristina	<b>A</b>
Médico	É, o foco era esse (implantar em unidade de saúde, porque, vamos dizer, assim, a porta pela qual o paciente deveria adentrar, seria justamente a unidade básica de saúde, que é a política também, atual, do Ministério no sentido de que a atenção básica é a porta de entrada para todo o Sistema você ali está indo ao local e estaria, vamos dizer assim, mais próximo a essa população e fazendo um trabalho também de sensibilização e conscientização, no sentido de que essa população viesse a entender a importância desse recurso terapêutico, no sentido de estar intervindo nas suas condições, nas suas patologias.	programa na atenção básica à saúde, a partir das unidades de saúde, para intervir nas patologias	<b>A</b>
Secretário	Olha, eu me lembro que nós começamos a trabalhar, e trabalhamos com grupos de terceira idade, principalmente, que é a pessoa que tinha na época uma adesão maior aos programas da saúde, das unidades básicas de saúde. Eu me lembro que no Vila Cristina, por exemplo, tinha uma quadra anexa que pertence ali ao centro de habilitação infantil, nós utilizávamos bastante aquele espaço para poder ter essas atividades.	adesão de idosos aos programas de saúde nas unidades de saúde eram maior	<b>A</b>



## GESTÃO DA ATIVIDADE FÍSICA NO SUS: O PROCESSO DE INSERÇÃO DO PROGRAMA DE EXERCÍCIOS FÍSICOS EM UNIDADE

## 2 - Quais eram objetivos e o foco do programa?

Expressões Chave		Idéia Central	
Professor 1	eu acredito que na verdade, ele era voltado para a população que frequentava as unidades de saúde. para uma população que não tinha acesso à atividade física por ser carente Particularmente, para aqueles que aderiam mais, que era um grupo de terceira idade, ou um grupo que tem mais disponibilidade para esse tipo de trabalho. A gente restringiu para diabéticos e hipertensos.	população que frequentava a UBS, que não tinham acesso a programas de AF e que aderiam ao programa (maioria idosos)	<b>A</b>
Professor 2	Então a ideia do projeto é que se dê a atividade física com essa intensidade relativamente baixa, moderada	oferecer AF de intensidade moderada à população	<b>B</b>
Professor 3	o objetivo era melhorar a capacidade funcional e reduzir o quadro – ou estabilizar, ao menos estabilizar – ou reduzir o quadro desses alunos, que eram pacientes	melhorar a capacidade funcional e melhorar o quadro de saúde dos pacientes	<b>B</b>
Coordenador	E chegamos nessa questão de fazer um projeto para uma atividade física dentro da Unidade para os pacientes diabéticos e hipertensos o nosso objetivo era melhorar a saúde desses pacientes e melhorar a qualidade de vida	melhorar a saúde e qualidade de vida dos pacientes diabéticos e hipertensos	<b>B</b>
Médico	a ideia é na medida em que a gente já tinha essa... essa percepção, essa visão do benefício da prática da atividade física, junto às situações de doenças crônicas, degenerativas, a visão era estender isso às demais unidades	o benefício da atividade física para DCNT	<b>B</b>
Professor 1	O objetivo nosso era tentar levar a atividade física, que é extremamente importante para a saúde. Então, o nosso objetivo inicial, ele foi pequeno, assim. Ele não visava uma coisa muito ampla, mas era muito interessante assim, "Puxa!", essa população que tem diabetes e hipertensão... " - porque era um programa de atividades físicas para hipertensos e diabéticos	programa de atividade física para diabéticos e hipertensos	<b>B</b>

## GESTÃO DA ATIVIDADE FÍSICA NO SUS: O PROCESSO DE INSERÇÃO DO PROGRAMA DE EXERCÍCIOS FÍSICOS EM UNIDADE

## 3 - Como funcionava a intervenção?

Expressões Chave		Idéia Central	
Coordenador	Era assim, tinha duas vezes por semana que, eu me lembre, que eles iam lá, os alunos da UNESP iam para a Unidade e utilizavam o espaço do estacionamento da Unidade para que fizessem atividade física.	aulas 2 vezes por semana, ministradas por alunos da UNESP em espaço da UBS	<b>A</b>
Médico	Até onde a gente sabe, vamos dizer assim, seria quem desenvolvia o programa seriam os estagiários da UNESP, sob a supervisão dos professores ali, encarregados da coordenação imediata ali, do programa. Ai habitualmente era feito três vezes na semana, não é isso? Três vezes na semana...	O programa era desenvolvido por estagiários da UNESP sob a supervisão dos professores coordenadores do programa.	<b>A</b>
Professor 2	Bom, e aí a gente foi dar palestras. E então a ideia era cada grupo, o atendimento era feito em grupos e o grupo tinha uma reunião mensal na unidade. E a gente foi... toda semana tinha um grupo. A gente foi durante o primeiro mês, a gente foi dando palestras, sobre como fazer atividade física, o que é importante, o que não é... a gente pegava numa sala pequena ali, não me lembro se era na sala de estar, na sala de espera, alguma coisa assim. E a gente ia dando palestras. E dávamos alguns exercícios que dava para fazer sentado, um alongamento, alguma coisa desse tipo. Mas logo assim, na primeira semana, na primeira ou segunda semana, primeira ou segunda reunião, já deu para perceber que as pessoas queriam fazer exercícios.	iniciaram as ações com palestras sobre AF, mas em pouco tempo começaram as intervenções com AF direta.	<b>A</b>
Professor 3	eu comecei a participar das atividades aqui, no Vila Cristina, duas vezes por semana, se eu não me engano, não sei se duas ou três. Eu acho que era segunda, quarta e sexta. Não sei se duas ou três vezes por semana, agora eu não recordo, mas acho que três vezes por semana, segunda, quarta e sexta. E eram atividades logo pela manhã.	aulas duas a tres vezes por semana na UBS vila cristina	<b>A</b>
professor 1	eu acredito que na verdade, ele era voltado para a população que frequentava as unidades de saúde. Particularmente, para aqueles que aderiam mais, que era um grupo de terceira idade, ou um grupo que tem mais disponibilidade para esse tipo de trabalho.	o programa era voltado para frequentadores da UBS Vila Cristina, em particular para diabéticos e hipertensos.	<b>A</b>

## GESTÃO DA ATIVIDADE FÍSICA NO SUS: O PROCESSO DE INSERÇÃO DO PROGRAMA DE EXERCÍCIOS FÍSICOS EM UNIDADE

## 3 - Como funcionava a intervenção?

## Expressões Chave

## Idéia Central

coordenador	<p>A gente restringiu para diabéticos e hipertensos. Mas, se a gente tivesse um potencial de docentes, um potencial de alunos estagiários que fosse mais abrangente para outras necessidades da população também, para outras patologias, etc., eu acredito que poderia ter uma amplitude ainda muito maior, porque a necessidade da sociedade é muito grande</p> <p>Consegui que a Secretaria de Saúde, a Fundação, na época comprasse colchonetes para que eles pudessem fazer atividades sentados, deitados, para a gente, como diz assim, melhorando os exercícios que eles teriam que estar fazendo. Então eu tive essa retaguarda, nós fizemos o pedido, ganhamos todos os colchonetes e os alunos levavam às vezes bola, algum outro material para utilizar na atividade</p>	<p>utilização de colchonetes, bolas e materiais alternativos nas aulas</p> <p><b>B</b></p>
professor 1	<p>eu passava no departamento antes de ir para o postinho, e pegava tudo quanto era alternativa para fazer exercício. E a gente pegava bola, trave, aparelho de som, o que tinha a gente levava, né, para tentar inovar as aulas. E o ((acha graça)) interessante é que eu não sou professora de Educação Física, né? ((acha graça)) então eu levava todo o meu time junto para colaborar, porque eles são mais específicos da área de Educação Física.</p> <p>O Elton teve a ideia, ele fazia musculação na época, de encher garrafinha PET com água, depois com areia, para fazer musculação. Enfim, a gente foi tendo uma evolução, muito bacana. Ai eles se colocaram à nossa disposição para ajudar em algumas coisas da Prefeitura, a Prefeitura comprou fitinha de glicemia na época, depois ela veio perguntar do que a gente precisava, ai nós falamos que precisávamos de colchonetes, para eles fazerem alguma atividade física de solo e tal. Ai eles compraram, fizeram vários colchonetes para a gente.</p>	<p>faziam uso de materiais para variar as aulas</p> <p><b>B</b></p>
professor 2	<p>assim "olha, a gente está fazendo atividade aqui, só que a gente não tem nenhum material, precisava de mais apoio" e não sei o quê e não sei o quê, "ah, o que precisam?", "colchonete". Na hora ele ligou, se eu não me enganar, para Cláudia, primeira-dama, e pediu para providenciar colchonetes ((acha graça)) para levar para lá.</p>	<p>a comunidade se envolveu para auxiliar na aquisição de materiais</p> <p><b>B</b></p>

## GESTÃO DA ATIVIDADE FÍSICA NO SUS: O PROCESSO DE INSERÇÃO DO PROGRAMA DE EXERCÍCIOS FÍSICOS EM UNIDADE

## 3 - Como funcionava a intervenção?

Expressões Chave		Idéia Central
professor 3	<p>O prefeito doou colchonete, para a Caravana, ele deu colchonetes, aí chegaram colchonetes para o posto de saúde. 'Nossa!' e aí o Eduardo foi pedir halteres também, foi pedir alguns materiais e isso foi enriquecendo o trabalho no (vit), e a quadra melhorou um pouquinho também, ficou mais limpa.</p> <p>Elas ajudavam a gente também, e a gente fez muito material reciclado. Então, garrafinha com areia, garrafinha com água, cabo de vassoura, toalha. Os idosos... na verdade, maioria era de idosos, mas era para idosos, mas enfim, a maioria era. E eles faziam muitos materiais, eu não sei como continua hoje, mas eles faziam muito.</p>	<b>B</b> envolvimento do poder público na aquisição de materiais e participação da comunidade na elaboração e materiais alternativos
coordenador	<p>Diabético, ou hipertenso, ou as duas coisas apenas eram pacientes da Unidade e faziam controle de diabetes e hipertensão.</p> <p>Não era obrigado a participar da atividade física para ter direito de ser consultado, de receber... de problema de saúde. Não era uma coisa vinculada à outra. A parte da atividade física era assim, uma opção para a melhoria do quadro clínico dele, mas não obrigatoriamente teria que participa</p>	<b>C</b> as atividades físicas eram oferecidas para os pacientes diabéticos e hipertensos e a participação era voluntária
médico	<p>Primeiro era o voluntário. Então havia a questão do convite, e a pessoa, ela deveria estar apresentando uma dessas condições, eventualmente a hipertensão, o diabetes, a obesidade, alguma doença outra, como artrose, alguma coisa que pudesse comprometer a sua condição de saúde, que estivesse sob acompanhamento regular, e aí, mediante também à autorização do seu médico, pacientes que estavam sob uma condição um pouco mais estável, que não teriam uma diabete descompensada ou hipertensão, eles estariam sendo direcionados a estarem procurando o programa, se assim o desejasse.</p>	<b>C</b> a participação no programa era voluntária, era feito o convite ao paciente portador de DCNT, esse era autorizado e encaminhado pelo médico
professor 2	<p>Basicamente são os grupos mais vulneráveis, de nível socioeconômico mais baixo.</p>	<b>C</b> o programa atendia os grupos mais vulneráveis, de nível socioeconômico mais baixo

## GESTÃO DA ATIVIDADE FÍSICA NO SUS: O PROCESSO DE INSERÇÃO DO PROGRAMA DE EXERCÍCIOS FÍSICOS EM UNIDA

## 3 - Como funcionava a intervenção?

## Expressões Chave

## Idéia Central

professor 3	<p>Então a ideia do projeto é que se dê a atividade física com essa intensidade relativamente baixa, moderada</p> <p>Olha, a gente pensou em uma série de critérios, sabe? Mas o que a gente percebe é que assim... se você começa a restringir muito a aderência cai. Faltou muito, em alguns programas acontece isso, faltou muito você exclui. Só que a pessoa que está vindo, ((acha graça)) é a pessoa que está precisando e não tem oportunidade e por alguma razão ela deixou de vir. Não é uma disputa, você não está disputando ou utilizando um bem que custa a mais, sabe? Não é um serviço que é custoso. Sabe? Uma pessoa a mais, a menos, não vai fazer diferença no custo do projeto. Então eu não vejo muita razão para você excluir.</p> <p>poderes socioeconômico baixo, porque eram os frequentadores das unidades básicas de saúde. Na Vila Cristina eram os frequentadores especificamente desse porte. Então a gente atendia muito a população mais carente. Obrigatoriamente eles tinham que ter indicação da unidade, a gente não podia aceitar alunos que... a gente sempre... eles vinham com encaminhamento.</p> <p>pacientes que tivessem ou diabetes ou hipertensão. Ou em alguns casos que eram obesos com alguma sinalização de um pré-diabetes ou uma pressão arterial um pouco já sinalizado para um descontrolo.</p>	<p><b>C</b></p> <p>atendia população carente, baixo poder socioeconômico. O participante era encaminhado pela UBS e eram portadores de DCNT</p>
coordenador	<p>Sim, a gente procurava acompanhar e inclusive também nós tínhamos uma médica, a doutora Elisa também, que dava um suporte para a gente – né –se parte médica e assim, quando o paciente não vinha nas atividades e tudo, mas ele vinha na consulta porque eles estavam constantemente na Unidade, nós, eu principalmente ou a Sônia íamos conversar com ele para saber o porquê ele não estava vindo.</p>	<p><b>D</b></p> <p>a UBS acompanhava os participantes do programa, inclusive se esses se ausentassem das aulas</p>
médico	<p>normalmente com a parceria, com o apoio ali do corpo de enfermagem, do grupo de enfermagem, do pessoal, checava a pressão antes e depois da atividade, monitorava. Então fazia esse acompanhamento, acompanhamento também com relação à coleta dos exames. Então era feito também pelo pessoal da enfermagem, e num dado momento passou-se também a</p>	<p><b>D</b></p> <p>havia acompanhamento de pressão arterial feito pelo corpo de enfermagem da UBS e também de frequência, feito pelos professores responsáveis.</p>

## GESTÃO DA ATIVIDADE FÍSICA NO SUS: O PROCESSO DE INSERÇÃO DO PROGRAMA DE EXERCÍCIOS FÍSICOS EM UNIDA

## 3 - Como funcionava a intervenção?

## Expressões Chave

## Idéia Central

professor 3	<p>instituir-se uma bolsa para esses estagiários. Haveria o acompanhamento com relação a essa frequência, consequentemente um incentivo à permanência, à conscientização da necessidade de se fazer de forma regular essa atividade, mas como a gente já colocou, tudo era algo voluntário</p> <p>A gente fazia chamada, eles tinham... e a gente sempre explicava a importância de não se ausentar, e a gente acompanhava, fazia frequência todos os dias.</p> <p>Eles tinham limites de falta por semestre, se eu não me engano. Eles não podiam ter muitas faltas consecutivas. A gente ligava até, a gente tinha contato deles. E se eles estivessem faltando muito, a gente ligava, perguntava. Mas olha, naquela época era muito difícil ter desistência. O problema era o aumento, chegava muita gente, e o pessoal começou a abraçar a causa, mas os médicos começaram a indicar.</p>	<p><b>D</b></p> <p>havia controle de presença e quando o participante faltava a muitas aulas era realizado um contato telefonico</p>
médico	<p>Pelo que a gente sabe, vamos dizer assim, haveria avaliações, desde parâmetros laboratoriais, quanto parâmetros também em condições físicas desses pacientes. E também o acompanhamento em relação à utilização da própria medicação, no sentido de verificar se teria havido alguma redução nos medicamentos que estavam em uso. Então, e isso provavelmente seria, se não houvesse nenhuma outra mudança, atribuído a essa intervenção quanto à prática da atividade física. Então haveria monitoramentos regulares com relação aos exames laboratoriais, ao exame das condições físicas, de parâmetros de aptidão física, e parâmetros com relação à... ao uso da medicação.</p>	<p><b>E</b></p> <p>eram realizadas avaliações laboratoriais e de capacidades físicas, além de acompanhamento da medicação</p>
professor 3	<p>A avaliação de composição corporal, acho que no primeiros seis meses do programa foi feito duas vezes, assim, logo no começo, depois de três meses, depois de seis meses, eu acho.... avaliações bioquímicas eram feitas, não pela UNESP</p>	<p><b>E</b></p> <p>foram feitas avaliações corporais e avaliações bioquímicas</p>

## GESTÃO DA ATIVIDADE FÍSICA NO SUS: O PROCESSO DE INSERÇÃO DO PROGRAMA DE EXERCÍCIOS FÍSICOS EM UNIDADE

## 3 - Como funcionava a intervenção?

## Expressões Chave

## Idéia Central

professor 1	<p>Tinha, ela era muito humilde no começo. Era só de pressão, porque a gente emprestava os esfigmomanômetros no começo, os estetoscópios, nós emprestavamos do Geraldo, no começo, era pouca coisa. Ai depois a gente emprestava de mais alguns que tinham. Depois o Eduardo tentando comprar alguns, com verba de uma coisa e de outra, então a gente foi ampliando muito devagar. Mas um monitoramento muito humilde, a gente tinha. E a mesma coisa, quando a Prefeitura comprou as fitinhas para medir a glicemia, a gente levava os nossos aparelhos e media com a fitinha deles. Então já dava uma noção se eles estavam mais ou menos bem, ou não, enfim, tinha uma avaliação sim</p>	<p>inicialmente realizavam avaliação da pressão arterial e glicemia</p> <p><b>E</b></p>
-------------	--	---

## GESTÃO DA ATIVIDADE FÍSICA NO SUS: O PROCESSO DE INSERÇÃO DO PROGRAMA DE EXERCÍCIOS FÍSICOS EM UNIDA

## 4 - Como era a Gestão do Programa? Havia recursos Financeiros?

Expressões Chave		Idéia Central
coordenador	a Unidade da Vila Cristina e a UNESP, mas assim, a Secretaria de Saúde sabia o que a gente estava buscando e sempre apoiando e achando assim, que foi válido tudo o que aconteceu lá, que abriu para outras Unidades Sentávamos eu e o Eduardo e a equipe do Vila Cristina a gente estava sempre em contato, o Eduardo é uma pessoa assim, excelente para trabalhar com ele e muito inteligente, muito... sempre, qualquer dúvida eu ligava para ele e ele estava sempre na Unidade acompanhando os alunos, dando retaguarda para mim, e me tirando às vezes de algum sufoco, mas ele estava sempre ali	o programa era discutido pela coordenação da UBS Vila Cristina e pelos Professores da UNESP, com o consentimento da Secretaria de Saúde.
médico	Aí não tem os dados precisos. Sei que num primeiro momento, basicamente, o programa foi subsidiado por recursos próprios ali, da UNESP. Não sei se advindo de algum programa, mas recursos da UNESP. Depois, principalmente na questão em relação aos exames que foram realizados	o programa contava com recursos da UNESP, não necessariamente financeiros
secretário	Universidade e governo? Olha, eu acho que... em poucos lugares essas parcerias são fortes. Mas eu acho que é fundamental que a gente consiga esse tipo de parceria Olha, eu acho que só poderia dizer o seguinte, que foi uma parceria muito boa. Nós, na verdade, estávamos saindo na frente do que o Ministério da Saúde viria fazer posteriormente, a gente via que o caminho é esse. Está começando a investir na questão da promoção mesmo à saúde, ainda de maneira muito tímida, mas está começando a atuar. E acho que o caminho que a gente trilhou na época, era um caminho que já adiantava essas propostas aí. E que eu acho que teve um efeito muito bom nas unidades, e para a população que se utilizava disso	a parceria entre Poder Público e Universidade representou um avanço nas políticas de saúde e antecipou ações do Ministério da Saúde
professor 1	Da forma em que aconteceu o nosso programa, em particular, foi uma forma muito interessante, porque ele partiu da sociedade, de uma necessidade da sociedade, e na Universidade ele encontrou um meio de atender essa demanda	integração entre Poder Público e Universidade para atender uma demanda da sociedade



## GESTÃO DA ATIVIDADE FÍSICA NO SUS: O PROCESSO DE INSERÇÃO DO PROGRAMA DE EXERCÍCIOS FÍSICOS EM UNIDA

## 4 - Como era a Gestão do Programa? Havia recursos Financeiros?

## Expressões Chave

## Idéia Central

<p><b>Professor 2</b></p>	<p>Totalmente. E eu acho que, pelo menos da forma em que ele começou, olha, houve uma integração assim, maravilhosa. Eu não sei se é porque no início não existiam muitos programas de extensão, então as pessoas começaram a perceber que aquilo que a gente fazia dentro da Universidade era útil</p> <p>E tem que existir também um nível mais assim, de conversa entre gestores para abrir portas, remover barreiras legais e essas coisas, assim. Mas assim, o principal sujeito nesse negócio são os professores que estão inseridos lá. Portanto, treinamento para eles é a coisa mais importante. Isso é fundamental, porque, olha, a universidade não é só formadora de recursos humanos, é assim, a universidade não é simplesmente certificadora E hoje, hoje fala-se também na outra missão, que é a inserção na própria sociedade. E isso é dito em todos os lugares. Todos os lugares Cada unidade tem a sua própria autonomia, a sua própria característica. Acho que é muito mais importante a gente estabelecer esse princípio e fazer o professor que vai para a unidade dar, dar assim, treinamento para que a pessoa tenha autonomia para tomar decisões, discutir e tudo o mais. Então, como modelo, eu diria assim, a gente tem que treinar recursos humanos para que tenha autonomia para chegar lá e fazer a intervenção que for necessária.</p>	<p><b>A</b></p> <p>A universidade vem atuando na sociedade, não apenas formando pessoas para atuar nela e o programa permite uma autonomia para os professores que atuam</p>
<p><b>Professor 3</b></p>	<p>Professores da universidade pública, no caso da UNESP. Pós-graduandos, no primeiro momento, pós-graduandos, professores. Doutor Geraldo, os médicos do posto de saúde que eu trabalhei, eles abraçaram a causa. E essa coordenadora, que eu não lembro o nome dela. E funcionários da UNESP também, porque a Clarice, pontuando agora, ela ajudou bastante especialmente nessas avaliações de composição corporal, a priori Existia uma... uma conversa, muito assim... a Eliete e o Eduardo, eu nunca participei de conversas com o município. Eu era estagiária do programa assim, eu era executora ali. Mas que a gente conversava com eles, obviamente, eles explicavam o que estava acontecendo, e eu sei que tinham assim, conversas municipais. A professora Eliete, o professor Eduardo, e o doutor Geraldo, eles estavam sempre em contato com... Eu acho que eles</p>	<p><b>A</b></p> <p>A gestão era feita pelos coordenadores da UBS e pelos Professores da Universidade, mas todos os envolvidos participavam da construção do programa</p>

## GESTÃO DA ATIVIDADE FÍSICA NO SUS: O PROCESSO DE INSERÇÃO DO PROGRAMA DE EXERCÍCIOS FÍSICOS EM UNIDA

## 4 - Como era a Gestão do Programa? Havia recursos Financeiros?

## Expressões Chave

## Idéia Central

coordenador	<p>até marcavam, conseguiram agendar reuniões com o prefeito, porque eu lembro que quando conseguiu os materiais, foi via conversas políticas, Eduardo, Eliete, doutor Geraldo, e essa... esse link com o prefeito, com a prefeitura.</p> <p>O que nós tínhamos nesse momento era eu e o Eduardo com a boa vontade. Dinheiro, nada. Depois, com um tempo, que a gente viu que a coisa começou a dar certo, que começou a abrir para as outras unidades, foi quando surgiu a nossa ideia de pleitear junto a Fundação o estágio remunerado para os alunos da Educação Física junto à Fundação. Só isso, mas a gente não tinha financeiro nenhum, nenhum, nenhum.</p>	O programa não teve nenhum recurso financeiro em seu início	<b>B</b>
secretário	<p>Olha, que eu me lembre, no começo, não tinha recurso nenhum. Mais tarde a gente conseguiu uma bolsa para os alunos que estavam participando do projeto aí. Na verdade, uma bolsa muito pequena, era mais uma ajuda de custo para eles se locomoverem. Mas era um valor pequeno e do município, local</p>	O programa não contava com recursos financeiros em seu início, com o passar do tempo o Município ofereceu algumas "bolsas" aos estudantes.	<b>B</b>
professor 1	<p>Não, no começo a gente não tinha nada, nada, nada, era zero. A única coisa que a gente contava era com o auxílio para a pesquisa, que era o que nós tínhamos aqui</p> <p>Mas não tinha verba, nem para extensão, porque a gente não tinha um programa assim, muito definido, e naquela época não tinha verba nenhuma, nós contávamos com a boa vontade e colaboração. (...) E a Prefeitura, ela foi até que foi muito simpática por um certo ponto de vista, porque um recurso mínimo, de fita para glicose, etc, eles arranjavam, demorava um pouco, aquela confusão de início que você conhece, mas eles davam alguma coisa assim, e a gente ia fazendo.</p>	Os professores da Universidade fizeram uso de recursos de auxílio a pesquisa e o Poder público disponibilizou alguns materiais na UBS	<b>B</b>
professor 2	<p>foi concebido para que não dependesse muito de recursos financeiros. O desejável seria que a prefeitura separasse parcela do orçamento para esse tipo de atendimento. Agora, o impacto que o programa tem é pequeno. Se tem um município de 180 mil habitantes, você tem 400 pessoas diretamente</p>	o programa foi concebido para que não dependesse de muitos recursos financeiros	<b>B</b>

## GESTÃO DA ATIVIDADE FÍSICA NO SUS: O PROCESSO DE INSERÇÃO DO PROGRAMA DE EXERCÍCIOS FÍSICOS EM UNIDA

## 4 - Como era a Gestão do Programa? Havia recursos Financeiros?

Expressões Chave

Idéia Central

professor 3	<p>beneficiadas, o poder disso definir os rumos do orçamento da fundação é muito baixo</p> <p>Não. Não teve. O que aconteceu foi até quando eu estava saindo, acho que perto de 2004. O Eduardo comentou que estava para chegar bolsa para os estagiários</p>	<p><b>B</b></p> <p>no início não haviam recursos financeiros, posteriormente é que foram instituídas "bolsas" aos alunos</p>
-------------	---	--

## **APÊNDICE IX**

Discurso do Sujeito Coletivo por pergunta

---

**Discurso do Sujeito Coletivo das Idéias Centrais**

---

**GESTÃO DA ATIVIDADE FÍSICA NO SUS: O PROCESSO DE INSERÇÃO DO PROGRAMA DE EXERCÍCIOS FÍSICOS EM UNIDA**

- 1 - O programa foi pensado com base na situação de saúde do país? Quem participou da construção do programa?
- A - Intervenção local**

---

**DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO**

Não, eu acho que naquele momento a gente não pensou tão grande assim. Os princípios, assim, saúde gratuita para todos, atendimento à saúde é um dever do Estado, e assim vai. E as pessoas vão se engajando, sabe-se que existem necessidades regionais. Cada local é diferente, um local é diferente do outro. É mesmo no mesmo município, uma unidade tem uma característica totalmente diferente da outra. Nós pensamos bem pequenininho, era bem assim, 'pé no chão', uma necessidade local ali, de pacientes que tinham a doença, era de tentar resolver aquele problema que nós tínhamos bem debaixo do nosso nariz, que era, a princípio, a Unidade da Vila Cristina. Então, vamos dizer assim, independente de existir já uma política, já havia essa visão, e uma visão essa, que a gente já comentava também, lá na própria Educação Física. E isso se estendeu, então, para as unidades.

---

**Discurso do Sujeito Coletivo das Idéias Centrais**

---

**GESTÃO DA ATIVIDADE FÍSICA NO SUS: O PROCESSO DE INSERÇÃO DO PROGRAMA DE EXERCÍCIOS FÍSICOS EM UNIDA**

- 1 - O programa foi pensado com base na situação de saúde do país? Quem participou da construção do programa?**
- B - preocupação com o avanço das DCNT e o baixo nível de AF da população**

---

**DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO**

Nós tínhamos, dentro do município, uma preocupação grande com a questão de hipertensão, com a questão de diabetes, que são doenças crônico-degenerativas que vem avançando no país, agora, com o aumento da faixa etária e com a questão da pouca atividade física, ou nenhuma atividade física, que a população tinha.

Então o nosso postinho atende pessoas que não têm, uma renda, por exemplo, que possam estar fazendo uma atividade física ou indo para um clube ou para uma academia, nada disso. É uma população carente - vamos dizer assim - de um bairro relativamente pobre, que não tem condições de frequentar uma academia nem nada". Mas os médicos normalmente dizem assim, "é bom que vocês façam alguma atividade física, é bom que caminhe", mas eles não têm noção se uma caminhada é importante, e se o paciente pode caminhar, se ele pode andar, o que ele pode fazer

E eu ficava muito incomodada pelo seguinte, nós tínhamos um volume muito grande de pacientes, porque é uma região bem populosa, lá do Vila Cristina. E era assim, muitos pacientes com problemas de diabetes, pressão alta e constantemente passa ali consulta, e aquela coisa que não se controlava, não diminuía, muito pelo contrário, aumentava o número de pacientes, assim, 'significativamente', vamos dizer.

Então eu comecei a ficar, por ter essa visão de saúde pública - não é? - que eu acho que isso muda muito o olhar do profissional na área de saúde e eu tentei começar a buscar alguma coisa que eu pudesse ajudar e colaborar para tentar modificar esse quadro.

---

**Discurso do Sujeito Coletivo das Idéias Centrais**

---

**GESTÃO DA ATIVIDADE FÍSICA NO SUS: O PROCESSO DE INSERÇÃO DO PROGRAMA DE EXERCÍCIOS FÍSICOS EM UNIDA**

- 1 - O programa foi pensado com base na situação de saúde do país? Quem participou da construção do programa?**
- C - Novas abordagens em saúde**

---

**DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO**

Com a minha formação, por ter essa visão de saúde pública, que eu acho que isso muda muito o olhar do profissional na área de saúde, eu tentei começar a buscar alguma coisa que eu pudesse ajudar e colaborar para tentar modificar esse quadro. Nós tínhamos, dentro do município, uma preocupação grande com a questão de hipertensão, com a questão de diabetes, que são doenças crônico-degenerativas que vem avançando no país. Agora, com o aumento da faixa etária e com a questão da pouca atividade física, ou nenhuma atividade física, que a população tinha, dos benefícios da atividade física, junto à questão de saúde como um todo, e a importância de usar esse recurso como uma ferramenta auxiliar ao tratamento complementar aí, vimos uma necessidade de algo um pouco maior, uma visão de talvez uma parceria com a Universidade ou qualquer coisa assim, e um pouco também, da Prefeitura, talvez, da visão dos postos da cidade.

---

**Discurso do Sujeito Coletivo das Idéias Centrais**

---

**GESTÃO DA ATIVIDADE FÍSICA NO SUS: O PROCESSO DE INSERÇÃO DO PROGRAMA DE EXERCÍCIOS FÍSICOS EM UNIDA**

- 1 - O programa foi pensado com base na situação de saúde do país? Quem participou da construção do programa?**
- D - Parceria entre UBS e Universidade**

---

**DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO**

A professora Eliete foi procurada pela coordenadora da unidade de saúde de Vila Cristina, ela foi chamada pela Bete para fazer uma série de palestras no programa de hipertensos e diabéticos que a Secretaria de Saúde fazia no município. Então ela tinha pedido para Eliete arrumar algumas palestras lá para os pacientes.

O Secretário de Saúde, ele achou na avaliação que ele fez da Unidade, do projeto que a gente estava fazendo e que estava dando certo e resolveu começar a colocar em outras unidades também. O articulador do programa em termos dessa extensão para as demais unidades é com o professor Eduardo Kokubun e o Departamento de Educação Física da UNESP.



---

**Discurso do Sujeito Coletivo das Idéias Centrais**

---

**GESTÃO DA ATIVIDADE FÍSICA NO SUS: O PROCESSO DE INSERÇÃO DO PROGRAMA DE EXERCÍCIOS FÍSICOS EM UNIDA**

- 1 - O programa foi pensado com base na situação de saúde do país? Quem participou da construção do programa?**
- E - Programa é uma construção coletiva**

---

**DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO**

Eu tive várias conversas com o professor e com a equipe dele. Quando começamos a conversar com o Eduardo, eu não sabia explicar para ele exatamente o que eu queria, mas eu dizia a ele que eu queria alguma coisa, e ele também não sabia o que ele teria para me oferecer. E foi nesse “não sei o quê quero” e “não sei o que eu tenho” e a gente foi sentando, conversando, ajustando, e chegamos nessa questão de fazer um projeto para uma atividade física dentro da Unidade para os pacientes diabéticos e hipertensos. E aí nós começamos.

Da forma em que aconteceu o nosso programa, em particular, foi uma forma muito interessante, porque ele partiu da sociedade, de uma necessidade da sociedade, e na Universidade ele encontrou um meio de atender essa demanda

---

**Discurso do Sujeito Coletivo das Idéias Centrais**

---

**GESTÃO DA ATIVIDADE FÍSICA NO SUS: O PROCESSO DE INSERÇÃO DO PROGRAMA DE EXERCÍCIOS FÍSICOS EM UNIDA****2 - Quais eram objetivos e o foco do programa?****A - Foco do programa**

---

**DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO**

É, o foco era esse, implantar em unidade de saúde, ele era voltado para a população que frequentava as unidades de saúde, porque, vamos dizer, assim, a porta pela qual o paciente deveria adentrar, seria justamente a unidade básica de saúde, que é a política também, atual, do Ministério no sentido de que a atenção básica é a porta de entrada para todo o Sistema você ali está indo ao local e estaria, vamos dizer assim, mais próximo a essa população e fazendo um trabalho também de sensibilização e conscientização, no sentido de que essa população viesse a entender a importância desse recurso terapêutico, no sentido de estar intervindo nas suas condições, nas suas patologias.

Eu me lembro que nós começamos a trabalhar, e trabalhamos com grupos de terceira idade, principalmente, que é a pessoa que tinha na época uma adesão maior aos programas da saúde, das unidades básicas de saúde. Um grupo que tem mais disponibilidade para esse tipo de trabalho.

Eu me lembro que no Vila Cristina, por exemplo, tinha uma quadra anexa que pertence ali ao centro de habilitação infantil, nós utilizávamos bastante aquele espaço para poder ter essas atividades.

O nosso foco era pegar os hipertensos e diabéticos, naquele momento da Unidade Básica de Saúde da Vila Cristina. Uma população que não tinha acesso à atividade física por ser carente. Poderes socioeconômico baixo, porque eram os frequentadores das unidades básicas de saúde. Basicamente são os grupos mais vulneráveis, de nível socioeconômico mais baixo. Na Vila Cristina eram os frequentadores especificamente desse porte. Então a gente atendia muito a população mais carente. Obrigatoriamente eles tinham que ter indicação da unidade, eles vinham com encaminhamento.

---

**Discurso do Sujeito Coletivo das Idéias Centrais**

---

**GESTÃO DA ATIVIDADE FÍSICA NO SUS: O PROCESSO DE INSERÇÃO DO PROGRAMA DE EXERCÍCIOS FÍSICOS EM UNIDA****2 - Quais eram objetivos e o foco do programa?****B - objetivo do programa**

---

**DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO**

O objetivo nosso era tentar levar a atividade física, que é extremamente importante para a saúde, a essa população que tem diabetes e hipertensão, porque era um programa de atividades físicas para hipertensos e diabéticos.

Então, o nosso objetivo inicial, ele foi pequeno, assim. Ele não visava uma coisa muito ampla, mas era muito interessante assim. E chegamos nessa questão de fazer um projeto para atividade física dentro da Unidade para os pacientes diabéticos e hipertensos, melhorar a saúde desses pacientes, melhorar a qualidade de vida e melhorar a capacidade funcional e reduzir o quadro, ao menos estabilizar o quadro desses alunos, que eram pacientes. Então a ideia do projeto é que se dê a atividade física com essa intensidade relativamente baixa, moderada.

A ideia é na medida em que a gente já tinha essa percepção, essa visão do benefício da prática da atividade física, junto às situações de doenças crônicas, degenerativas, a visão era estender isso às demais unidades

---

**Discurso do Sujeito Coletivo das Idéias Centrais**

---

**GESTÃO DA ATIVIDADE FÍSICA NO SUS: O PROCESSO DE INSERÇÃO DO PROGRAMA DE EXERCÍCIOS FÍSICOS EM UNIDA****3 - Como funcionava a intervenção?****A - espaço e tempo da intervenção**

---

**DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO**

Era assim, tinha duas vezes por semana que, eu me lembre, se eu não me engano, não sei se duas ou três, que eles iam lá, no Vila Cristina, os alunos da UNESP, sob a supervisão dos professores, encarregados da coordenação imediata do programa, iam para a Unidade e utilizavam o espaço do estacionamento da Unidade para que fizessem atividade física. E eram atividades logo pela manhã.

O atendimento era feito em grupos e o grupo tinha uma reunião mensal na unidade, toda semana tinha um grupo. Durante o primeiro mês foi dando palestras, sobre como fazer atividade física, o que é importante, o que não é, e também alguns exercícios que dava para fazer sentado, um alongamento, alguma coisa desse tipo. Mas logo assim, na primeira semana, na primeira ou segunda semana, primeira ou segunda reunião, já deu para perceber que as pessoas queriam fazer exercícios.

---

**Discurso do Sujeito Coletivo das Idéias Centrais**

---

**GESTÃO DA ATIVIDADE FÍSICA NO SUS: O PROCESSO DE INSERÇÃO DO PROGRAMA DE EXERCÍCIOS FÍSICOS EM UNIDA****3 - Como funcionava a intervenção?****B - materiais utilizados nas aulas**

---

**DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO**

A gente foi tendo uma evolução muito bacana. Passava no departamento antes de ir para o postinho, e pegava tudo quanto era alternativa para fazer exercício. E a gente pegava bola, trave, aparelho de som, o que tinha a gente levava para tentar inovar as aulas.

Os idosos, na verdade, maioria era de idosos, ajudavam a gente também, e a gente fez muito material reciclado: encher garrafinha PET com água, depois com areia, para fazer musculação, cabo de vassoura e toalha. Os alunos levavam às vezes bola, algum outro material para utilizar na atividade.

Lembro que uma caravana de alunos procurou o prefeito e disseram: “a gente está fazendo atividade aqui, só que a gente não tem nenhum material, precisava de mais apoio”. O prefeito ligou para primeira-dama e pediu para providenciar colchonetes. Aí eles compraram vários colchonetes para que pudessem fazer atividades sentados, deitados, para a gente ir melhorando os exercícios que eles teriam que estar fazendo.

---

**Discurso do Sujeito Coletivo das Idéias Centrais**

---

**GESTÃO DA ATIVIDADE FÍSICA NO SUS: O PROCESSO DE INSERÇÃO DO PROGRAMA DE EXERCÍCIOS FÍSICOS EM UNIDA****3 - Como funcionava a intervenção?****C - critérios de inclusão**

---

**DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO**

Basicamente são os grupos mais vulneráveis, de nível socioeconômico mais baixo, porque eram os frequentadores das unidades básicas de saúde. Na Vila Cristina eram os frequentadores especificamente desse porte. Diabético, ou hipertenso, ou as duas coisas, apenas eram pacientes da Unidade que faziam controle de diabetes e hipertensão.

Então havia a questão do convite, e a pessoa, ela deveria estar apresentando uma dessas condições, eventualmente a hipertensão, o diabetes, a obesidade, alguma doença outra, como artrose, alguma coisa que pudesse comprometer a sua condição de saúde, que estivesse sob acompanhamento regular, e aí, mediante também à autorização do seu médico, pacientes que estavam sob uma condição um pouco mais estável, que não teriam uma diabete descompensada ou hipertensão, eles estariam sendo direcionados a estarem procurando o programa, se assim o desejasse.

Não era obrigado a participar da atividade física para ter direito de ser consultado, não era uma coisa vinculada à outra. A parte da atividade física era assim, a ideia do projeto é que se dê a atividade física com essa intensidade relativamente baixa, moderada. Era o voluntário, uma opção para a melhoria do quadro clínico dele, mas não obrigatoriamente teria que participar.

---

**Discurso do Sujeito Coletivo das Idéias Centrais**

---

**GESTÃO DA ATIVIDADE FÍSICA NO SUS: O PROCESSO DE INSERÇÃO DO PROGRAMA DE EXERCÍCIOS FÍSICOS EM UNIDA****3 - Como funcionava a intervenção?****D - acompanhamento do programa**

---

**DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO**

A gente fazia chamada, procurava acompanhar e inclusive também nós tínhamos uma médica, a doutora Elisa também, que dava um suporte para a gente, quando o paciente não vinha nas atividades, mas ele vinha na consulta porque eles estavam constantemente na Unidade íamos conversar com ele para saber o porquê ele não estava vindo. a gente sempre explicava a importância de não se ausentar, e a gente acompanhava, fazia frequência todos os dias

Haveria o acompanhamento com relação a essa frequência, conseqüentemente um incentivo à permanência, à conscientização da necessidade de se fazer de forma regular essa atividade, mas como a gente já colocou, tudo era algo voluntário

---

**Discurso do Sujeito Coletivo das Idéias Centrais**

---

**GESTÃO DA ATIVIDADE FÍSICA NO SUS: O PROCESSO DE INSERÇÃO DO PROGRAMA DE EXERCÍCIOS FÍSICOS EM UNIDA****3 - Como funcionava a intervenção?****E - avaliação dos participantes**

---

**DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO**

Haviam avaliações, ela era muito humilde no começo, Era só de pressão, depois, quando a Prefeitura comprou as fitinhas para medir a glicemia, a gente levava os nossos aparelhos e media com a fitinha deles. Então já dava uma noção se eles estavam mais ou menos bem.

Posteriormente avaliamos desde parâmetros laboratoriais, quanto parâmetros também das condições físicas desses pacientes, e também o acompanhamento em relação à utilização da própria medicação, no sentido de verificar se teria havido alguma redução nos medicamentos que estavam em uso. Então, e isso provavelmente seria, se não houvesse nenhuma outra mudança, atribuído a essa intervenção quanto à prática da atividade física. A avaliação de composição corporal, nos primeiros seis meses do programa foi feito duas vezes, assim, logo no começo, depois de três meses, depois de seis meses



---

**Discurso do Sujeito Coletivo das Idéias Centrais**

---

**GESTÃO DA ATIVIDADE FÍSICA NO SUS: O PROCESSO DE INSERÇÃO DO PROGRAMA DE EXERCÍCIOS FÍSICOS EM UNIDA****4 - Como era a Gestão do Programa? Haviam recursos Financeiros?****A - gestão do programa**

---

**DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO**

Universidade e governo? Em poucos lugares essas parcerias são fortes. Mas eu acho que é fundamental que a gente consiga esse tipo de parceria, porque a universidade não é só formadora de recursos humanos, a universidade não é simplesmente certificadora. Hoje fala-se também na outra missão, que é a inserção na própria sociedade. E isso é dito em todos os lugares. Da forma em que aconteceu o nosso programa, em particular, foi uma forma muito interessante, porque ele partiu da sociedade, de uma necessidade da sociedade, e na Universidade ele encontrou um meio de atender essa demanda.

Nós, na verdade, estávamos saindo na frente do que o Ministério da Saúde viria fazer posteriormente, a gente via que o caminho é esse. O Ministério da Saúde está começando a investir na questão da promoção mesmo à saúde, ainda de maneira muito tímida, mas está começando a atuar. E acho que o caminho que a gente trilhou na época, era um caminho que já adiantava essas propostas aí. E que eu acho que teve um efeito muito bom nas unidades, e para a população que se utilizava disso

Eu acho que, pelo menos da forma em que ele começou, houve uma integração assim, maravilhosa, a gente estava sempre em contato, a Unidade da Vila Cristina e a UNESP, mas assim, a Secretaria de Saúde sabia o que a gente estava buscando e sempre apoiando e achando assim, que foi válido tudo o que aconteceu lá, que abriu para outras Unidades.

---

**Discurso do Sujeito Coletivo das Idéias Centrais**

---

**GESTÃO DA ATIVIDADE FÍSICA NO SUS: O PROCESSO DE INSERÇÃO DO PROGRAMA DE EXERCÍCIOS FÍSICOS EM UNIDA****4 - Como era a Gestão do Programa? Haviam recursos Financeiros?****B - recursos financeiros**

---

**DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO**

O que nós tínhamos nesse momento era boa vontade, mas a gente não tinha financeiro nenhum Dinheiro, nada. A única coisa que a gente contava era com o auxílio para a pesquisa, que era o que nós tínhamos aqui. Mas não tinha verba, nem para extensão, porque a gente não tinha um programa assim, muito definido, e naquela época não tinha verba nenhuma, nós contávamos com a boa vontade e colaboração. A Prefeitura, ela foi até que foi muito simpática por um certo ponto de vista, porque um recurso mínimo, de fita para glicose, etc., eles arranjavam, demorava um pouco, mas eles davam alguma coisa e a gente ia fazendo. Depois, com um tempo, que a gente viu que a coisa começou a dar certo, que começou a abrir para as outras unidades, foi quando surgiu a nossa ideia de pleitear junto a Fundação o estágio remunerado para os alunos da Educação Física junto à Fundação. Na verdade, uma bolsa muito pequena, era mais uma ajuda de custo para eles se locomoverem. Mas era um valor pequeno e do município, local. O desejável seria que a prefeitura separasse parcela do orçamento para esse tipo de atendimento.