



Qualidade de Vida e
Políticas Públicas:
Saúde, lazer e
atividade física





UNICAMP

Universidade Estadual de Campinas

Reitor
Carlos Henrique de Brito Cruz

Coordenador Geral da Universidade
José Tadeu Jorge

Pró-Reitor de Extensão e Assuntos Comunitários
Rubens Maciel Filho

Projeto Gráfico, Capa e Diagramação
Alex Calixto de Matos - PREAC - Unicamp

Roberto Vilarta
(organizador)



Qualidade de Vida e
Políticas Públicas:
Saúde, lazer e
atividade física



V71q Qualidade de vida e políticas públicas: saúde, lazer e atividade física / Roberto Vilartha (Organizador). Campinas, SP: IPES Editorial, 2004.

156p.

1. Qualidade de vida. 2. Exercícios físicos. 3. Lazer.
4. Saúde pública. 5. Políticas públicas. I. Título.

CDD - 301.31
- 613.71
- 790.0135
- 614

ISBN: 85-98189-08-1

Índices para Catálogo Sistemático

1. Qualidade de vida – 301.31
2. Exercícios físicos – 613.71
3. Lazer – 790.0135
4. Saúde pública – 614
5. Políticas públicas – 338.9

Nenhuma parte desta publicação pode ser gravada, armazenada em sistema eletrônico, fotocopiada, reproduzida por meios mecânicos ou outros quaisquer sem autorização dos editores.

Sumário

Qualidade de Vida e Políticas Públicas: Estímulo à Reflexão e Interação Setorial.....	9
ROBERTO VILARTA	
Em busca do diálogo do controle social sobre o estilo de vida.....	17
AGUINALDO GONÇALVES	
Inclusão digital, cidadania e construção do conhecimento para a qualidade de vida.....	27
GUANIS DE BARROS VILELA JUNIOR ROBERTO VILARTA	
Promoção da Qualidade de Vida em Diabéticos: A Atividade Física como Fator Mobilizador da Comunidade da Região dos Amarais / Campinas / São Paulo.....	41
FREDERICO TADEU DELOROSO	
Políticas públicas de lazer e qualidade de vida: a contribuição do conceito de cultura para pensar as políticas de lazer.....	67
MARCO ANTÔNIO BETTINE DE ALMEIDA GUSTAVO LUIS GUTIERREZ	
Qualidade de vida e os estudos sobre políticas públicas de lazer.....	85
HERNÁN HOURCADE GUSTAVO LUIS GUTIERREZ	



Políticas públicas e a escolapromotora da saúde:
Ações de qualidade de vida em Vinhedo.....95

ELSIO ÁLVARO BOCCALETTO

ESTELA MARINA ALVES BOCCALETTO

Projeto-Âncora Vida Saudável:
A Cidade como Espaço de Promoção de Saúde.....111

MARCIA CRISTINA KREMPEL

SIMONE TETU MOYSÉS

RAMIRO EUGÊNIO DE FREITAS

Qualidade de vida e Promoção de Saúde:
Uma visão estratégica para empresas.....133

TELMA TEREZINHA RIBEIRO DA SILVA





Qualidade de Vida e Políticas Públicas: Estímulo à Reflexão e Interação Setorial



ROBERTO VILARTA

FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA
PRÓ-REITORIA DE EXTENSÃO E ASSUNTOS COMUNITÁRIOS
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

As Coordenadorias Geral da Universidade – CGU - e de Relações Institucionais e Internacionais – CORI - da UNICAMP têm realizado um conjunto de Fóruns Permanentes e Interdisciplinares sobre temáticas atuais em diversas áreas como do agronegócio, arte e cultura, conhecimento e tecnologia da informação, empreendedorismo, energia e ambiente, extensão universitária, e da saúde.

São encontros mensais, um por área, com o objetivo de estimular a discussão, divulgar iniciativas de inovação tecnológica e científica, bem como facilitar o acesso da comunidade a estas informações em eventos previamente divulgados, gratuitos e realizados sempre no mesmo espaço físico e dia da semana visando o estabelecimento de um senso de permanência e continuidade das discussões.

Em abril de 2004 coube às Faculdade de Educação Física - FEF - e de Ciências Médicas - FCM - da UNICAMP a



organização, dentro do Fórum de Saúde, das apresentações e discussões sobre a temática “Atividade Física, Qualidade de Vida e Saúde”. O evento teve audiência expressiva de 248 inscritos e contou com a exposição de acadêmicos, pesquisadores e autoridades municipais que expressaram conceitos, dados sobre pesquisas e formas de implantação de políticas públicas para a promoção da qualidade de vida das comunidades.

O tema Qualidade de Vida é, nos dias de hoje, um importante conceito aplicado para as mais diversas situações e condições pessoais e populacionais. Estrutura-se por aspectos relativos à subjetividade da pessoa, como ela sente, vive, se relaciona na sociedade e consigo própria. Também valoriza os aspectos das condições materiais e culturais de seu ambiente: a saúde, a educação, a moradia e o trabalho entre outras. Dentre os aspectos relativos à qualidade de vida tem sido bastante valorizada a importância da Atividade Física, do Esporte e do Lazer para a promoção da saúde e de condições adequadas ao desenvolvimento integral das habilidades e capacidades de crianças, jovens, adultos e idosos.

Questiona-se aqui neste livro as formas de condução das políticas públicas para a promoção da saúde, a vinculação das práticas esportivas e de lazer às condições materiais presentes na escola, as possibilidades de realizar programas dirigidos a grupos de pessoas com necessidades especiais, além do papel da atividade física como fator de interação entre a família, a comunidade e a sociedade. Também a empresa tem se valido dos aspectos integradores das práticas esportivas e de lazer para melhorar as condições de trabalho, desenvolver estratégias gerenciais inovadoras e prevenir as lesões, os distúrbios osteo-musculares e o estresse associado à prática laboral.

O Fórum de Saúde sobre a temática “Atividade Física, Qualidade de Vida e Saúde” desenvolveu conjunto de propos-



tas e reflexões sobre políticas públicas que são apresentados neste livro sob a forma de capítulos. Três deles, inicialmente, abordam aspectos sobre a saúde e a cidadania, seguidos por textos que focam as questões da cultura e do lazer e, ao final, agregam-se as descrições das estratégias e experiências sobre a implantação de programas municipais e na empresa.

Dentro da abordagem sobre a importância das políticas públicas dirigidas à promoção da saúde destaca-se, inicialmente, o texto do Prof. Dr. Aguinaldo Gonçalves, do Grupo de Saúde Coletiva, Epidemiologia e Atividade Física da Faculdade de Educação Física da Universidade Estadual de Campinas, que aporta elementos sobre os temas do estilo de vida e o controle social para a discussão da qualidade de vida. O capítulo valoriza as ações de controle social que vem se efetivando pela articulação da sociedade através dos conselhos de representantes de diversos setores para a tomada de decisões sobre as políticas públicas, materializadas as aspirações da Reforma Sanitária Brasileira, estimuladora da participação social na definição das diretrizes e acompanhamento das ações vinculadas ao Sistema Único de Saúde. Em contraposição à questão do controle social, o Prof. Aguinaldo define e estimula o debate sobre a responsabilização individual dos aspectos da saúde relacionados à adoção de hábitos e costumes, o estilo de vida, inadvertidamente responsabilizado nos dias atuais, tanto pelos formadores de opinião como também pelas elites e correntes populares, como principal determinante da relação saúde – doença do indivíduo que, além de vítima, passa a ser culpabilizado pela adoção de comportamentos e costumes considerados, senso comum, incompatíveis com uma condição orgânica saudável.

Segue o capítulo 2, sobre o tema da inclusão digital, cidadania e sua importância para a construção do conhecimento e a qualidade de vida, onde colaboro com o Prof. Dr. Guanys de Barros Vilela Junior, da Faculdade de Educação



Física da Universidade Estadual de Ponta Grossa – PR - trazendo um embasamento conceitual e metodológico para o entendimento da promoção da qualidade de vida baseada em experiências de inclusão digital, desenvolvidas na UNICAMP. Discute-se a conquista da autonomia para busca do conhecimento e as possibilidades de melhoria da qualidade de vida. Delimita-se os contornos temáticos de natureza pedagógica oriundos da reflexão e problematização sobre a qualidade de vida e a atividade física como elementos balizadores para a conquista da autonomia. Contextualiza-se os principais desafios observados em projetos de ensino e acrescenta-se os elementos de instrumentalização em tecnologias informacionais para a resolução de problemas e a conquista da autonomia de populações dentro de conjunto de objetivos atingíveis com a aplicação de modelos de educação a distância baseados na inclusão digital.

O capítulo 3, escrito pelo Prof. Dr. Frederico Tadeu Deloroso, do Departamento de Fisioterapia da UNIARARAS – SP, introduz o tema da valorização da atividade física como fator mobilizador de comunidades para a promoção da qualidade de vida em diabéticos, descrevendo pesquisa desenvolvida na Região dos Amaraís em Campinas – SP. O tema é atual visto que o Diabetes melittus tem sido considerado uma das principais doenças crônicas que afetam o homem contemporâneo e as possibilidades de se prevenir e minimizar seus efeitos são inúmeras e vantajosas, mas o desconhecimento por parte da população e a falta de informação através dos programas públicos de saúde fazem com que essa doença tenha proporções alarmantes. Apresentam-se conceitos sobre a importância dos exercícios físicos, a educação para uma alimentação mais adequada e um esclarecimento mais detalhado sobre a própria patologia, além dos principais resultados sobre a evolução da aptidão física e da qualidade de vida dos diabéticos que participaram do programa.



Ampliando a discussão sobre qualidade de vida e políticas públicas introduz-se nova temática além da saúde relacionando, no capítulo 4, a contribuição do conceito de cultura para pensar as políticas públicas de lazer a partir da concepção de pesquisadores do Programa de Pós-Graduação da linha de Pesquisa de Políticas Públicas de Lazer da Faculdade de Educação Física – UNICAMP- Professor Marco Antônio Bettine de Almeida e Dr. Gustavo Luis Gutierrez. O artigo desenvolve reflexão especial sobre a percepção do lazer enquanto cultura de massas, cultura popular e cultura erudita considerando seus significados básicos sobre o conjunto dos modos de viver e pensar definidos como civilização, e também seu entendimento vinculado à tradição grega, priorizando a formação do homem consciente, “ser uno à procura do auto-conhecimento e em estreita relação com as artes e ofícios”. Discute ainda as definições de lazer, lazer moderno, tempo livre, a dicotomia lazer/trabalho, a busca do prazer compreendido como construção histórica de uma sociedade determinada, além do lazer associado à expectativa de auferir o prazer, entendido assim como elemento essencialmente humano. Confronta as relações entre lazer e cultura contextualizadas pela dominação da indústria cultural, o consumismo e o individualismo, em contraste à cultura popular, de sociabilidade espontânea. Apon-ta, ao final, a importância da pesquisa sobre o objeto cultura e sua contribuição para pensar o lazer e as políticas de lazer, valorizando a adoção de posturas críticas, articulação intersetorial, incentivo à sociabilidade e o desenvolvimento da sensibilidade e do autoconhecimento daqueles a quem são dirigidas.

No capítulo 5, mantendo a temática do lazer e as políticas públicas para a qualidade de vida em foco, os pesquisadores Hernán Hourcade e Dr. Gustavo Luis Gutierrez do Programa de Pós-Graduação da linha de Pesquisa de Políticas Públicas de Lazer da Faculdade de Educação Física – UNICAMP-



apresentam reflexão sobre as contribuições atuais da discussão sobre qualidade de vida, apontando as dificuldades inerentes à transformação deste debate teórico em ações concretas, dirigidas a promover mudanças positivas no cotidiano das pessoas, o potencial dessas políticas de interferir na realidade social e estimular a reflexão crítica sobre os valores da sociedade. Ao final do capítulo promove conjunto de observações sobre formas de implementação de políticas públicas, incluídas as de lazer, entre elas, com a formação de parcerias, ação preventiva dos problemas usuais, empoderamento dos cidadãos, articulações de espaços apropriados e preparação de pessoal especializado na área, como os animadores sócio-culturais, além do incentivo à sociabilidade e desenvolvimento da cidadania plena.

O livro destaca, nos últimos capítulos, experiências recentes de implantação de políticas públicas de educação e lazer baseadas em programas de promoção da saúde e atividade física em secretarias municipais. O capítulo 6 relata o embasamento conceitual e as aplicações desenvolvidas pela Secretaria Municipal de Educação de Vinhedo. O Sr. Secretário Prof. Elsio Álvaro Boccaletto e a pesquisadora da UNICAMP, Sra. Estela Marina Alves descrevem as principais diretrizes e prioridades que conduzem os programas educacionais no município, entre elas, a decisão de priorizar, dentro da agenda política, a educação para a formação de cidadãos saudáveis, críticos e participativos, envolvidos com a questão do desenvolvimento sustentável, a construção da participação popular de forma organizada e democrática visando identificar as aspirações, as necessidades e prioridades da população que faz uso do sistema público de ensino, a municipalização do ensino fundamental de forma a garantir para todas as escolas do município as mesmas condições e qualidade de ensino oferecidas à única escola municipal existente na época, investimento nos recursos técnicos e humanos buscando a



valorização dos mesmos através da capacitação continuada e do estabelecimento de faixas salariais compatíveis com a causa educacional. Descreve-se, também, a definição das principais metas e objetivos da Secretaria, baseados nos aspectos-chaves estabelecidos pela Organização Mundial da Saúde para uma escola promotora da saúde como o envolvimento das autoridades da educação e da comunidade no esforço comum de promover a educação e a saúde, a promoção de um ambiente físico e psicossocial saudável dentro da escola e em sua vizinhança, a realização de uma Educação para a Saúde baseada na construção e no desenvolvimento das habilidades e capacidades para a vida saudável e plena, a acessibilidade aos serviços de educação e saúde e a implementação de políticas e práticas de promoção da educação e da saúde estruturada nos conceitos da multidisciplinaridade e intersetorialidade das ações.

O sétimo capítulo traz a contribuição dos Professores Márcia Cristina Krempel, Simone Tetu Moysés e Ramiro Eugênio de Freitas, gestores das Secretarias Municipais de Saúde e de Esporte e Lazer de Curitiba, relatando as estratégias intersetoriais dos principais programas de lazer e atividade física implantados no município, o Projeto-Âncora Vida Saudável. Neste projeto incorporam-se as estratégias promotoras de articulação intersetorial e mobilização das comunidades, o investimento na prevenção e promoção da saúde como forma de alterar o quadro de morbimortalidade, redirecionamento da utilização dos espaços públicos para áreas de democratização de educação em saúde, estímulo à atividade física, adoção de hábitos alimentares saudáveis, atividades culturais e de lazer e educação ecológica, utilização de diversas linguagens como o teatro, música, pintura, jogos, brincadeiras, distribuição de material educativo/informativo, realização de testes e avaliações de saúde, avaliações física e nutricional, além da criação de oportunidades de participação que favore-



cem o “empoderamento” da população. Em especial, há que se destacar a forma de consolidação da abordagem intersetorial pelo crescente número de ações realizadas em parcerias com associações comunitárias, ONGs, associações de classe, entre outros, o que proporciona o compartilhamento de conhecimentos, capacidade de mobilização, organização e custos dos eventos.

O oitavo capítulo aporta um conjunto de estratégias sobre programas de qualidade de vida e promoção de saúde aplicáveis para empresas, a partir do relato da Professora Telma Terezinha Ribeiro da Silva, Especialista em Enfermagem do Trabalho, Administração Hospitalar e Gestão de Saúde pela Fundação Getúlio Vargas, baseada em sua valiosa experiência profissional em projetos de saúde ocupacional e higiene industrial, prevenção e promoção de saúde na Du Pont do Brasil, atualmente responsável pelo desenvolvimento, implementação e coordenação do Programa de Qualidade de Vida na Motorola. É realizada uma reflexão sobre o panorama mundial da promoção de saúde com referências de um modelo integrado de gerenciamento da saúde e qualidade de vida para empresas, as exigências sobre condições de infraestrutura, práticas e políticas necessárias nas organizações para obtenção de resultados satisfatórios, ferramentas de implementação, gestão e avaliação, importância do suporte e participação gerencial, valorização da integração dos projetos com a missão e cultura da organização, além de uma descrição de resultados específicos obtidos com a realização de programas recentes.

Esperamos que este livro possa cumprir sua função de disseminar idéias e estimular o debate na área da saúde e suas interfaces com setores da administração municipal, universidade, educação, ambiente, assistência social e cultura.



Em busca do diálogo do controle social sobre o estilo de vida



AGUINALDO GONÇALVES

GRUPO DE SAÚDE COLETIVA,
EPIDEMIOLOGIA E ATIVIDADE FÍSICA
FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA
UNIVERSIDADE DE ESTADUAL DE CAMPINAS

Resumo

A expressão estilo de vida tem sido amplamente utilizada nas últimas décadas significando as opções pessoais referentes a hábitos e costumes, com ênfase em seus aspectos negativos à Saúde e em sua natureza e responsabilidade individual. Numerosas e perversas são as decorrências desse equívoco, intencional ou não, como a culpabilização da vítima e o enxugamento da ação do Estado em políticas públicas. A presente comunicação busca recuperar, expressar e clarear algumas dessas questões básicas, contrapondo-lhe a adoção do movimento popular do controle social.

Estilo de vida: cortina de fumaça das condições de vida?

As necessidades básicas para a subsistência, tais como habitação, saneamento e outros fatores ambientais, garantidas diretamente mediante o nível dos rendimentos das pessoas e indiretamente por políticas públicas que asseguram a distribuição de serviços coletivos entre a população, constituem seu modo de vida (Dutz & Rocha, 2002).

Assim posta, a expressão se articula com outras duas, condições de vida e estilo de vida, igualmente referentes a decorrências sociais da dinâmica da produção, circulação e consumo de bens. A primeira delas corresponde aos numerosos determinantes e condicionantes gerais da vida da sociedade como um todo, enquanto os processos particulares dos diferentes grupos e suas relações com os outros constituem as *condições de vida* e, por último, as singularidades inerentes à pessoa e a pequenos grupos, como a família e a roda de amigos, a habitação e seu entorno, o local de trabalho, seus hábitos, normas e valores, correspondem ao *estilo de vida* (Buss, 2002). Esta maneira de interpretar tais questões subjacentes ao conceito de *qualidade de vida* parece interessante porque situa realisticamente o que aqui se contempla.

Com efeito, surgida em circunstâncias primeiromundistas, a concepção de estilo de vida tem prosperado fortemente nos círculos oficiais e ortodoxos da Saúde Pública de nosso continente americano, identificada como estratégia para combate às doenças crônico-degenerativas; no entanto, numerosos autores, entre nós, vêm se empenhando em revelar equívocos e armadilhas aí subjacentes. A presente comunicação busca recuperar, expressar e clarear alguns pontos desta trajetória, contrapondo-lhe a adoção mais ampla do movimento popular do controle social.



De fato, a alocação de estilo de vida no escopo da determinação da relação saúde – doença – intervenção pode ser identificada como decorrência do pensamento pós-moderno, aquele que, desenvolvendo-se a partir dos anos 70, vem substituir o estruturalismo das décadas anteriores. Vale dizer, nessa época, já não se trata da hegemonia econômica do materialismo histórico-dialético, mas passa-se ao democratismo intelectual da ação individual, do respeito às diferenças, sejam sociais, afetivas, sexuais ou étnicas.

Lacaz (2001) recupera com muita erudição e ampla fundamentação o que vai ocorrendo no interior desse movimento de inflexão: lembra que, neste contexto, torna-se necessário reconhecer as singularidades das minorias, da mulher, do negro, do homossexual e, ao fazê-lo, reforçam-se os discursos classistas anteriores, destacamente feministas e racistas. O fato assim descrito lembra aquele velho princípio do “dividir para governar”, i.e., aqui o capitalismo, não figurativamente, atomiza para sobreviver e “englobar”. Em síntese, fica claro que, epistemologicamente, aceitar a responsabilização das pessoas na gênese das condições e agravos de saúde significa alinhar-se às formas citadas de pensar e agir em sociedade. Esta “fragmentação do sujeito”, “antiuniversalismo” e “particularismo” são negadas, no entanto, pelas próprias características da sociedade atual, conclui o autor.

Siqueira et al. (2003) explicitam melhor este ponto. Ao tipificarem a origem e expansão do sistema político-econômico de nossos dias, a globalização corporativa neoliberal, que se espalhou pelo mundo a partir do imperialismo norte-americano, pelo argumento sintetizado no acróstico feminino “Tina” (de “there is no alternative”) identificam a reação da sociedade civil planetária, gerando a globalização dos movimentos sociais contra as suas quatro principais agressões contemporâneas : i) a poluição ambiental crescente; ii) o cresci-



mento acelerado da pobreza; iii) a volatilidade e instabilidade financeira e iv) a erosão de democracia dos poderes nacionais constituídos. Este novo modelo de movimento social é uma imensa rede que tem como característica a também abreviatura em Inglês SPIN - Segmentary, polycentric and integrated network -. Inclui eventos como o Fórum Social Global, realizado por três vezes em Porto Alegre, a rebelião dos zapatistas no Sul do México em 1994 e as “batalhas” de Seattle e Quebec, respectivamente em 1999 e 2001, entre outras, que consistiram nos repetidos protestos durante reuniões da Organização Mundial do Comércio, Fundo Monetário Internacional e do Banco Mundial.

Na realidade, as concepções que aqui se procura refazer se articulam na direção de dimensionar a reflexão e a práxis da Saúde Coletiva em torno, como expressa Minayo (2001) em texto antológico, da disjuntiva estrutura versus sujeitos, ou, nos mesmos termos, determinismo frente a ameaça do protagonismo. Com efeito, no debate travado a propósito da referida publicação, como recurso dialogal do periódico, Navarro Stotz situa estilos de vida saudáveis como “hábitos pessoais discretos e independentemente modificáveis, com a força da evidência do senso comum, quer dizer, da compreensão da sociedade como resultado das crenças, decisões e ações dos indivíduos que pertencem a ela”, apontando aí o risco da cortina de fumaça de enfraquecimento da responsabilidade das correspondentes políticas públicas: no limite, está em causa, por conseguinte, a possibilidade de o foco no individualismo como motor da decisão sanitária e da morbimortalidade nacional justificar a redução do tamanho do Estado a patamares jamais vistos, sequer em países ditos modelares do sistema global contemporâneo, como Estados Unidos e Inglaterra, onde os gastos públicos com áreas sociais estratégicas da saúde e educação têm sido estimadamente superiores ao dobro do verificado entre nós (Dawbor, 1999).

No mesmo evento, Moreira da Costa adverte para a face anti-ética da atribuição da doença a comportamentos não saudáveis, a qual já denunciámos igualmente em publicações anteriores (v.g. Gonçalves & Pires, 1999): a culpabilização da vítima.

Caracterizando o empenho pela mudança em favor da abolição de hábitos danosos à saúde cada vez mais reconhecido como ambigüidade para proteger e/ou negligenciar as más condições de vida da contemporaneidade, Carvalheiro (2003) indica três conjuntos expressivos de fatos: por um lado, há a referência à “bioética do cotidiano” do paradigmático Giovanni Berlinguer; a seguir, há a descrição de:

(...) soldados americanos, deitados em posição de combate, armados até os dentes e cobertos por nuvens de fumaça de explosões. Um tenente admoesta o subalterno e determina que apague imediatamente o cigarro, “para não transformar todos aqui em fumantes passivos” (...).

Para completar a trilogia, há, ainda no texto, menção à proposta de constituir um Fundo Especial de Pesquisa em Saúde, sobretaxando bebidas alcoólicas e tabaco: o autor lembra que, além do mais, esses dois não são os únicos vilões da dívida sanitária, recordando outros, como combustíveis fósseis e agrotóxicos! Ora, ironias à parte, o que está sendo lembrado é que, embora constituam indicadores de estilo de vida, não interessa aos dirigentes estatais, e a quem do sistema económico internacional eles representam, bloquear o consumo dos produtos mencionados por último. Nada se lhes afigura, portanto, mais oportunístico e lucrativo que reforçar os custos dos hábitos apodados como danosos à saúde decorrentes das opções ditas individuais e intransferíveis!

O Controle Social, em direção à superação das iniquidades

Em pertinência, cresce de modo bastante intenso, entre os agentes de mudanças sociais e os formadores de opinião, a convicção de que os governos estão empenhados mais na preservação do que na criação, na gestão do que na inovação, no econômico que no social. Com efeito, percebe-se já claramente que nossas sociedades pretérita e recente revelam não só a ação das elites na construção de um estado auto-protetor, mas também - e desoladoramente- a absorção, no seu interior, das correntes populares evolutivamente contestatórias à defesa da manutenção dos valores e procedimentos políticos já consolidados (Oliveira,2003).

Esta trajetória pode encontrar diferentes explicações, desde a partir da tese de que vivemos a fase que decretou a extinção da História (Fukuyama,1992), até a daqueles que encontram aqui, efetivamente, mais uma decorrência da globalização da economia, caracterizada pela morte dos nacionalismos e hegemonia da moeda e decisões das corporações transnacionais (Dupas,2001).

Mais amplamente, porém, tão imperioso quanto entender possíveis causas é buscar recursos de superar - ou ao menos mitigar fortemente- as assimetrias entre diferentes pessoas e grupos sociais, as quais se instalaram e perpetuaram por conta da referida conduta política.

Na realidade, trata-se de evidência desde há muito conhecida, vivida e sofrida no interior do setor Saúde, entre nós. Já na década de 80 - para não ir muito longe e nem buscar muita complexidade - Fischmann & Guimarães (1986) mostraram diferencial significativo do risco de morrer entre populações não faveladas e faveladas de mesma cidade: Porto Alegre, no caso, apresentava taxas de mortalidade infantil, neonatal e infantil tardia, respectivamente, de 12,6 %, 66,4%

e 33,6% para o primeiro grupo e 163,4%0, 41% e 58,6% para o outro, bem como nosologia totalmente diferenciada: no primeiro caso predominavam os óbitos por afecções originadas no período neonatal e, no segundo, por pneumonia e gripe.

A própria Organização Panamericana da Saúde (OPAS,2001) não só reconheceu situações expressivas na região das Américas e Caribe, mas também propugna enfaticamente por mudanças setoriais a respeito, ao clamar pela ação efetiva de seus países membros contra iniquidades continentais, conceituando estas como desigualdades qualificadas como injustas e evitáveis. Também a Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva, a sociedade científica do campo da Saúde no país, ao marcar posição em que a agenda da Reforma Sanitária Brasileira não está esgotada, situa a construção da equidade como a primeira prioridade setorial para o século XXI (Abrasco,2002).

Trafegando no arduamente construído deslocamento do alternativo para a hegemonia, como diria Vasconcelos (2001) ao contextualizar as ações da Educação Popular em Saúde, a contrafacção que se constrói no Brasil a respeito é o controle social, i.e., movimento coletivo organizado visando a atuação direta dos diferentes grupos populacionais sobre as decisões que lhes dizem respeito. Na realidade, várias conotações demarcam esta concepção e prática. Segundo a XII Conferência Nacional de Saúde, o Controle Social em Saúde é o eixo que está na centralidade das agendas de discussão de pelo menos mais nove questões basilares à Saúde Pública contemporânea, desde a privatização e enxugamento da seguridade social até a intersetorialidade e a gestão participativa.

Estas duas dimensões, na medida em que se voltam ao atingimento de uma cultura de descentralização de poder, na qual não só a execução, mas também o planejamento e as decisões estratégicas são afeitas às instâncias de base (Noronha,



2003), são as que mais diretamente se relacionam à consecução da Qualidade de Vida e do Estilo de Vida Saudável e não o esforço individual isolado, como, já pontuado, tantos julgam e defendem.

Nesta perspectiva, o planejador, particularmente o especialista que atua na formulação de políticas públicas deixa de ser o detentor do conhecimento adequado na melhoria da saúde das populações, para, disponibilizando sua competência específica, ser o facilitador das transformações perquiridas e operadas por seus protagonistas. Eis aqui mudança qualitativa de perfil de atuação semelhante àquela que Mair (1982), há mais de duas décadas, descreveu em relação ao antropólogo, que estava abandonando a postura de fornecer decisões, em favor de melhor conhecer as dificuldades dos grupos com que travava contato profissional.

No Brasil o controle social vem se efetivando através de colegiados diretivos a partir do nível federal, onde se erege no Conselho Nacional de Saúde, e se reproduz nos planos municipal, estadual e local em todas as unidades federativas, através dos conselhos constituídos por representantes das várias categorias profissionais do setor, de grupos de pressão, de produtores culturais, das organizações de servir, enfim dos segmentos organizados da sociedade. Nesses órgãos são tomadas as decisões políticas e setoriais mais ampla da cotidianeidade da respectiva área de abrangência, na perspectiva de que, a partir dessa experiência democrática, instaurem-se novas relações técnicas e sociais solidárias e emancipatórias (Paim & Almeida Filho, 1998). Trata-se, assim, da concretização das aspirações mais pioneiras e legítimas da Reforma Sanitária Brasileira, que foram sucessivamente se definindo até assumir sua realidade institucional no interior da Lei 8142 de 1990, que dispõe sobre participação da comunidade no Sistema Único de Saúde, conforme lembra Lima (2001).

Situado o controle social na referida centralidade, cabe, agora, dimensioná-lo na questão da Qualidade de Vida, enquanto conquista coletiva. Vale dizer, em outros termos, que, uma vez assumidos os reconhecimentos aqui construídos sobre o mesmo, trata-se de estimular o trânsito de sua prática em direção à Qualidade de Vida.

Referências bibliográficas

ABRASCO, 2001 . AGENDA REITERADA E RENOVADA DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA. *SAÚDE EM DEBATE*, 26(62): 327-331.

BUSS, P. M., 2002 . PROMOÇÃO DA SAÚDE DA FAMÍLIA. *REVISTA BRASILEIRA DE SAÚDE DA FAMÍLIA, BRASÍLIA*, 2(6): 50-60.

CARVALHEIRO, J. R., 2003. PESTICIDA NÃO É UMA ARMA QUÍMICA E BUSCH NÃO É MEU AMIGO, MAS MERECEM RESPEITO. *BOLETIM ABRASCO*: 87:12-13.

DAWBOR, L., 1999. CONDIÇÕES DE SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA NA CIDADE. *ANAIIS DO VI CONGRESSO PAULISTA SAÚDE PÚBLICA 17-22, ÁGUAS DE LINDÓIA, SÃO PAULO*.

DUPAS, G., 2001. IDENTIDADE, GOVERNABILIDADE E INTEGRAÇÃO SOB A LÓGICA GLOBAL. *NOVOS ESTUDOS CEBRAP* 60: 97-108.

DYTZ, J.; ROCHA, S., 2002. O MODO DE VIDA DA MÃE E A SAÚDE INFANTIL. *REVISTA BRASILEIRA DE ENFERMAGEM, BRASÍLIA*, 55(2): 151-156.

FISCHMANN, A . ; GUIMARÃES, J. J., 2002 . RISCO DE MORRER NO PRIMEIRO ANO DE VIDA ENTRE FAVELADOS E NÃO FAVELADOS NO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE, R.S., BRASIL, EM 1980. *REVISTA SAÚDE PÚBLICA*, 20(3): 219-226.

FUKUYAMA, F., 1992. *O FIM DA HISTÓRIA E O ÚLTIMO HOMEM*. RIO DE JANEIRO; Rocco.

GONÇALVES, A.; PIRES, G. L., 1999. EDUCAÇÃO FÍSICA E SAÚDE. *MOTRIZ*, 5(1): 15-17.

LACAZ, F. A . C., 2001. O SUJEITO N(D)A SAÚDE COLETIVA E PÓS-MODERNISMO. *CIÊNCIA & SAÚDE COLETIVA*, 6(1): 233-242.

LIMA, J. C., 2001. REPRESENTATIVIDADE E PARTICIPAÇÃO DAS BASES NA CATEGORIA DOS USUÁRIOS DE UM CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE. *SAÚDE E DEBATE*, RIO DE JANEIRO, 25(59):19-39.

MAIR, L., 1982. *INTRODUÇÃO À ANTROPOLOGIA SOCIAL*. RIO DE JANEIRO; ZAHAR.

MINAYO, M. C. S., 2001. ESTRUTURA E SUJEITO, DETERMINISMO E PROTAGONISMO HISTÓRICO: UMA REFLEXÃO SOBRE A PRÁXIS DA SAÚDE COLETIVA . *CIÊNCIA & SAÚDE COLETIVA*, 6(1): 7-19.

NORONHA, A .B., 2003. COMPREENDENDO O TEMÁRIO DA CONFERÊNCIA. *RADIS COMUNICAÇÃO EM SAÚDE* 12: 10-11.

OLIVEIRA, F., 2003. *CRÍTICA À RAZÃO DUALISTA: O ORNITORRINCO*. SÃO PAULO; BOITEMPO.

OPAS, 2001. MEDICIÓN DE DESIGUALDADES EN SALUD. *BOLETIN EPIDEMIOLÓGICO/ ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD* 22(1): 3-4.

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N., 1998. SAÚDE COLETIVA: UMA “NOVA SAÚDE PÚBLICA” OU CAMPO ABERTO A NOVOS PARADIGMAS? *REVISTA DE SAÚDE PÚBLICA*, 32(4): 299-316.

SIQUEIRA, C. E.; CASTRO, H.; ARAÚJO, T. M. A, 2003. GLOBALIZAÇÃO DOS MOVIMENTOS SOCIAIS: RESPOSTA SOCIAL À GLOBALIZAÇÃO CORPORATIVA NEOLIBERAL. *CIÊNCIA E SAÚDE COLETIVA*, 8(4): 847-858.



Inclusão digital, cidadania e construção do conhecimento para a qualidade de vida



PROF. DR. GUANIS DE BARROS VILELA JUNIOR
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA

PROF. DR. ROBERTO VILARTA
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

As modernas sociedades da atualidade se constroem e se consolidam a partir de ações centradas no binômio ensino–pesquisa. É consensual que uma nação só conquistará, de fato, sua independência se sua população conquistar, através do exercício da cidadania, a autonomia, que segundo Piaget (1978, p. 78):

[...] é a capacidade de se auto-governar [...] é a capacidade de pensar por si mesmo e decidir entre o certo e o errado na esfera moral, e entre o verdadeiro e o falso na área intelectual, levando-se em consideração todos os fatores relevantes, independentemente de recompensa ou punição.

Para Kant, autonomia refere-se à capacidade que o homem tem de determinar-se em conformidade com sua ra-



ção. De fato, a autonomia pressupõe o sensato uso da racionalidade na tomada de decisões relativas à individualidade e à coletividade.

Edgar Morin (1996, p. 25), faz uma brilhante reflexão sobre esta questão, ao afirmar “que toda vida humana autônoma é uma trama de incríveis dependências.” Para ele, não existe reciprocidade entre autonomia e dependência, uma vez que aquela rompe com a linearidade entre causa e efeito, coroando o autônomo com a refinada certeza de que ele depende de todos.

A partir da conquista da autonomia estruturam-se os pressupostos básicos que possibilitarão uma melhoria da qualidade de vida de uma população. Ensino e pesquisa se constituem como instrumentos basilares na construção desta autonomia. Esta construção se manifesta como processo dinâmico, uma vez que é a partir da *apreensão* da complexidade da totalidade que poderemos, racional e sensatamente, atuar na localidade.

Diante deste cenário, delimitaremos os contornos temáticos de natureza pedagógica oriundos da reflexão e problematização sobre a qualidade de vida e a atividade física, que constituem-se como elementos balizadores do objetivo deste estudo visando a conquista da autonomia.

O ensino, quando enfocado sob uma perspectiva integradora, viabiliza a proposta e a implementação de estratégias pedagógicas que rompem com a linearidade hierárquica das pedagogias ditas tradicionais. *A Pedagogia Histórico-Crítica* de Saviani (1991), constitui-se como um claro exemplo onde o processo de aprendizagem está centrado na conquista da autonomia e no exercício da cidadania.

Saviani (1991, p. 47) com a Pedagogia Histórico-crítica propõe:

“ a) identificação das formas mais desenvolvidas em que se expressa o saber objetivo produzido historicamente, reconhecendo as condições de sua produção e compreendendo as suas principais manifestações bem como tendências atuais de transformação;

b) conversão do saber objetivo em saber escolar de modo a torná-lo assimilável pelos alunos no espaço e tempo escolares;

c) provimento dos meios necessários para que os alunos não apenas assimilem o saber objetivo enquanto resultado, mas apreendam o processo de sua produção bem como as tendências de sua transformação.”

A partir desta abordagem pedagógica, passamos a questionar as implicações dos objetivos deste trabalho relativos à proposta de um modelo de educação baseado na inclusão digital de populações específicas como estudantes, agentes sociais comunitários ou mesmo funcionários de empresas, visando a construção do conhecimento em conteúdos específicos sobre qualidade de vida.

Inegável a demanda crescente mundial para acesso ao conhecimento sobre Qualidade de Vida. Acrescente-se a isto o interesse por temáticas relativas à Atividade Física fazendo uso de instrumentos computacionais disponíveis a públicos-alvo como estudantes, profissionais e interessados.

Baseados em experiência pedagógica específica nessa área, sabemos que o desenvolvimento de programas desta natureza requer, antes de tudo, uma fundamentação sobre os conteúdos específicos da qualidade de vida e da atividade física. Exige também a reflexão sobre os problemas quase sempre presentes em propostas que envolvam transmissão do co-



nhhecimento, participação e interação de pessoas com diferentes níveis sociais, educacionais e culturais. Nesse sentido, identifica-se, desde o início, um conjunto de problemas afeitos à proposta de estudo desta temática, a seguir elencados:

- carência de perspectivação histórica por parte dos envolvidos no processo ensino-aprendizagem. Este aspecto pode interferir na apreensão das condições teóricas e metodológicas que possibilitaram (e possibilitam) a construção do conhecimento;
- a dificuldade em apresentar os saberes acumulados nas pesquisas em conteúdos assimiláveis pelos indivíduos envolvidos em projetos na área. Por exemplo, os usos de terminologias complexas são muito úteis nas pesquisas, mas são incompreensíveis para a maioria das pessoas que participam de tais projetos;
- a descontinuidade dos projetos desenvolvidos junto às comunidades por motivos políticos. Infelizmente, é comum encontrarmos programas que são interrompidos, caso um partido político adversário do que o implementou assuma as instâncias de decisão;
- ausência de fundamentos e meios teórico-metodológicos adequados, que possibilitem aos alunos a apreensão processual do conhecimento;
- dificuldade em aprender a pensar e a tomar decisões, o que certamente configura um problema na construção do conhecimento;
- resistência em estar aberto para o novo, o inesperado e o imprevisível;

- 
- 
- dificuldade em utilizar estas tecnologias para a interação, busca, seleção, articulação e troca de informações e experiências;
 - acompanhar a evolução tecnológica e identificar suas principais potencialidades e limitações para o uso educacional;
 - participar, em parceria com seus colegas, da proposição, execução e reflexão constante de projetos inovadores da escola, incluindo os programas de formação continuada.

Frente a estes contextos e considerando a inequívoca importância da instrumentalização em tecnologias informacionais para a resolução de problemas e a conquista da autonomia de populações define-se, desde já, conjunto de objetivos atingíveis com a aplicação de modelos de educação à distância (EaD) baseado na inclusão digital. Dentre eles pode-se destacar alguns:

- desenvolver e implementar formas de acesso a conteúdos sobre atividade física e qualidade de vida, utilizando a plataforma www (world wide web);
- desenvolver ferramentas capazes de coletar dados relativos ao conhecimento sobre o tema *atividade física e qualidade de vida* e armazená-los em um banco de dados;
- proporcionar aos participantes de cursos a distância a experiência da inclusão digital, em conteúdos de Qualidade de Vida e Atividade Física;
- avaliar a construção do conhecimento por esses participantes, a partir da interação com os conteúdos.



Temos como indicativo que promover Qualidade de Vida é estabelecer um conjunto de estratégias e ações capazes de desenvolver a cidadanização de uma população. Neste sentido, a autonomia, enquanto capacidade que as pessoas têm de tomar decisões, tanto no âmbito individual, quanto no coletivo, assume um papel decisivo.

Pensando a Qualidade de Vida como a “percepção subjetiva do processo de produção, circulação, distribuição e consumo de bens” (PIRES, MATIELLO e GONÇALVES, 1998, p. 54), existem várias formas de desenvolver esta autonomia, através, por exemplo, da melhoria das condições de vida, das mudanças dos estilos de vida e de aspectos objetivos, tais como o nível sócio-econômico, cultural e educacional.

Julgamos que a construção do conhecimento seja uma das formas mais eficientes de se promover a autonomia, uma vez que esta se traduz na utilização da informação adquirida, para com ela poder transformar a realidade. De acordo com Reeves (1998), a construção do conhecimento com a utilização de ambientes virtuais, pressupõe a participação ativa dos alunos, que começa pela tomada de decisão em relação à escolha da informação a ser acessada, passa pela solução de problemas durante este processo e se consolida com a utilização destes saberes em sua vida. Esta concepção de Reeves mostra-se em concordância com as respostas obtidas nesta pesquisa junto aos alunos questionados, uma vez que os mesmos, durante experiências de inclusão digital, tomam decisões, fazem escolhas e solucionam problemas.

Em concordância com Guri-Rosenblit (2003), entendemos que a *informação* é um pré-requisito para a construção do conhecimento, entretanto, esta informação precisa ter um significado relevante para que se constitua como elemento básico neste processo que passa pelas instâncias do aprendiza-



do individual e coletivo, na interação dos alunos com os conteúdos dos “sites” e destes com seus colegas e professores virtuais, nos dizeres de Valente (2003), o estar – *junto virtual*.

Autonomia e cidadanização dependem do uso que se faz do conhecimento construído; por exemplo, de pouco adiantaria sabermos dos benefícios fisiológicos da atividade física, se não pudermos usar estes conhecimentos na prática da mesma.

O *estar-junto virtual*, segundo Valente (2003), consiste na consolidação de uma comunidade virtual, formada por professores e alunos, que trocam experiências entre si, cooperativamente solucionam problemas e juntos constroem conhecimento.

Pode-se perspectivar que, de maneira similar ao que acontece no tradicional modelo de aulas presenciais, nos cursos de EaD para que ocorra construção do conhecimento, é fundamental a existência da interação, da participação ativa e da aplicação dos conhecimentos. Isto, no nosso entender, explicita a importância da construção do conhecimento no processo de conquista da autonomia. Autonomia esta que extrapola a esfera do indivíduo e se consolida no todo social. Assim, configura-se a realidade de que construir conhecimento é uma tarefa coletiva. O conhecimento quando construído pela e para a coletividade é também construído para a individualidade.

Entendemos que tais significados, inerentes à construção do conhecimento através de cursos de EaD, são aplicáveis no contexto escolar, comunitário e profissional, com a implementação de estratégias e ações específicas que, a partir do diagnóstico das singularidades da escola, da comunidade e do trabalho, possam ajudar a vencer a inércia que muitas vezes está presente em tais contextos.

Julgamos ser importante uma reflexão sobre alguns problemas que, no nosso entender, apontam algumas limitações



relativas ao uso desta ferramenta. Se *apreender informações* for mais que *reter informações* (e entendemos que seja¹), este procedimento pode não ser suficiente, apesar de necessário, para garantir a construção do conhecimento. Queremos dizer com isto que só com a apreensão dos conteúdos poderemos avaliar o impacto dos programas sobre os usuários. Ou seja, como gerenciam as informações *apreendidas*, na construção de sua autonomia, e como esta autonomia favorece a melhoria de sua qualidade de vida.

Conquistar autonomia e construir conhecimento é tarefa difícil e para a vida inteira. Nesse contexto, várias dificuldades e problemas ficam evidentes:

- Como socializar os saberes gerados através de pesquisas científicas em conteúdos assimiláveis no contexto da escola e da comunidade?
- Como estar preparado para acompanhar a evolução tecnológica e identificar suas possibilidades para o uso educacional?

Sem o exercício da cidadania, fica patente a carência de perspectivação histórica do processo de construção do conhecimento. *Conhecimento* sem história não é conhecimento, é informação.

A Inclusão Digital pode ser entendida como a disponibilização, acesso e uso das tecnologias computacionais,

¹ Entendemos que reter informações está ligado à capacidade de disponibilização da informação por si só, após um determinado tempo; ao passo que apreender informações refere-se ao uso crítico e lógico da informação retida na solução de um problema ou realização de uma tarefa.



especialmente da Internet, visando a construção do conhecimento, a consolidação da autonomia e da cidadania. Ou seja, promover Inclusão Digital vai muito além da construção de *sites* ou de disponibilizar acesso gratuito à Internet. Sendo assim, para que a mesma aconteça, é importante que no âmbito do específico, fiquemos atentos à sua natureza multifatorial, onde se destaca o conceito de interatividade.

Concordamos com Bates (1995), para quem as chamadas ferramentas de interatividade são essenciais em cursos de EaD, uma vez que são uma das maiores responsáveis pela permanência dos alunos nos mesmos. Devemos compreender que nos ambientes virtuais esta interatividade possui duas dimensões, uma se refere ao interagir entre os alunos e o *software*, a outra, entre seus atores, através do *software*.

Outro aspecto importante nesta questão é a linguagem utilizada. O uso excessivo do jargão científico pode se constituir como elemento dificultador neste interagir. Portanto, acreditamos que a linguagem deve ser simples, clara e de fácil compreensão para os alunos. Assim, a interatividade passa a ser um dos principais elementos para manter elevados os níveis motivacionais em um ambiente virtual.

Conforme afirma Andrade (2003, p. 18), “a motivação é o impulso essencial da atividade cognitiva”; Para Tarouco (2000), a motivação dos alunos é decisiva para o sucesso de uma experiência de Inclusão Digital. Citam-se aqui alguns dos quesitos necessários para *manter em alta* a motivação de usuários de cursos de EaD :

- **atenção** : entendida como o uso de linguagem de fácil compreensão, elementos de ludicidade e fácil navegabilidade;
- **relevância** : dos conteúdos para que sejam significativos para os alunos,

- **confiança** : que pode ser obtida à medida que o aluno veja progresso em seu aprendizado, por exemplo, melhorando suas notas nos exercícios ou trocando informações com os professores e /ou colegas através da expressão de pontos-de-vista ou de bate-papo
- **satisfação** : através da possibilidade de utilizar o conhecimento em situações concretas que melhorem sua cidadanização e sua qualidade de vida.

Parece-nos claro, que diante da enorme carência de recursos financeiros para a área educacional no Brasil, a utilização de *softwares livres* representa uma economia significativa para os cofres públicos. Neste sentido, concordamos com Foley (2003) que afirma que o uso de tais sistemas e métodos alternativos, ou seja, não-hegemônicos, precisam ser considerados, já que o critério que mais limita o desenvolvimento de projetos de Inclusão Digital, são os altos custos iniciais dos mesmos.

O fascínio que as novas tecnologias, especialmente a Internet, exercem sobre a maioria das pessoas (dos formuladores de políticas educacionais e implementadores de infra-estrutura até os usuários de todas as idades, classes sociais e níveis de educação), pode, segundo BRASIL (2000, p. 45):

“levar a uma visão perigosamente reducionista acerca do papel da educação na sociedade da informação, enfatizando a capacitação tecnológica em detrimento de aspectos mais relevantes”

De fato, a construção da sociedade do conhecimento há que ser pensada tendo como norte a inclusão e justiça social, pressupostos básicos para a consolidação do exercício da



cidadania e da melhoria da qualidade de vida. Portanto, a capacitação tecnológica é um meio, e não um fim, que poderá ser de grande valia em projetos e ações centradas para e com o cidadão. Entendemos que ter a ferramenta e o domínio técnico sobre a mesma é imprescindível, entretanto, muito mais importante é o seu uso ético.

A EaD, no nosso entender, a melhor maneira de se promover a Inclusão Digital, tem se consolidado como uma modalidade educativa, apesar da resistência dos que a pensam como tecnicista e comportamentalista, como se tais adjetivos nunca pudessem ser aplicados à educação presencial tradicional. Concordamos com Sá (2000, p. 8), ao afirmar que:

“a análise crítica das novas bases científico-tecnológicas e da expansão das relações capitalistas são posicionamentos pertinentes aos profissionais da Educação, todavia o desvelamento do real e suas contradições histórico-sociais, apenas, sem posturas de intervenção efetiva, de apropriação e articulação na e pela própria contradição, não tem, no meu entendimento, contribuído para nós outros, sairmos do discurso à praxis”

De fato, o ideal, aquilo que está no plano das idéias, sobre a Inclusão Digital, é apenas mais uma referência a nos incomodar. Vivemos em um mundo cheio de mazelas, injustiças e contradições; mas enquanto educadores que somos, não podemos nos conformar com esta dramática realidade. Por isto, resta-nos agir, buscando acertar e idealizando valores como a cidadania, a saúde e a qualidade de vida.



Ao discutirem a problemática da cidadanização e da Inclusão Digital, Zavaglia e Pereira (2003, p. 4), afirmam que:

“Não se pode ignorar a relevância que assumem os vários atores sociais que integram o ambiente que circunscreve a problemática. Torna-se urgente o envolvimento desses atores na busca de alternativas sustentáveis para os programas educacionais de inclusão digital, que contemplem um repertório de ações voltadas para a realidade local”

Entendemos que o tripé formado pela construção do conhecimento, a conquista da autonomia e a melhoria da qualidade de vida só se consolidará se tivermos claro que, conforme esclarece Brasil (2000, p. 46):

“formar o cidadão não significa preparar o consumidor. Significa capacitar as pessoas para a tomada de decisões e para a escolha informada acerca de todos os aspectos na vida em sociedade que as afetam, o que exige acesso à informação e ao conhecimento e capacidade de processá-los judiciosamente, sem se deixar levar cegamente pelo poder econômico ou político”

Neste estudo objetivamos o desenvolvimento de reflexões para o processo de construção do conhecimento, da autonomia e cidadanização em conteúdos sobre a importância da atividade física para a melhoria da qualidade de vida. Entendemos este um caminho para a estruturação de um instrumento de socialização dos conteúdos também para o público leigo, cumprindo assim, o importante papel de divulgação científica na área.

Conforme disse Bava (2000), a formação para a cidadania, portanto, é um tema crucial. O sentido que se dê a ela desenhará um determinado projeto de sociedade. Com a Inclusão Digital, enquanto instrumento de cidadanização, não será diferente.

Referências bibliográficas

- ANDRADE, P. F. APRENDER POR PROJETOS, FORMAR EDUCADORES. IN: VALENTE, J. A. *FORMAÇÃO DE EDUCADORES PARA USO DA INFORMÁTICA NA ESCOLA*. CAMPINAS: EDITORA DA UNICAMP, 2003.
- BATES, A. W. *TECHNOLOGY: OPEN LEARNING AND DISTANCE EDUCATION*. LONDON: ROUTLEDGE, 1995.
- BAVA, S. C. *PARTICIPAÇÃO, REPRESENTAÇÃO E NOVAS FORMAS DE DIÁLOGO*. SÃO PAULO: POLIS; PROGRAMA DE GESTÃO PÚBLICA E CIDADANIA. EAESP/FGV, 2000, 52p. DISPONÍVEL EM: [HTTP://WWW.POLIS.ORG.BR/PUBLICACOES/DOWNLOAD/ARQUIVOS/CADBID7.PDF](http://www.polis.org.br/publicacoes/download/arquivos/cadb7.pdf), ACESSADO DIA 14/07/2003
- BRASIL. MINISTÉRIO DA CIÊNCIA E TECNOLOGIA. *SOCIEDADE DA INFORMAÇÃO NO BRASIL: LIVRO VERDE*. BRASÍLIA, 2000.
- FOLEY, M. THE GLOBAL DEVELOPMENT LEARNING NETWORK: A WORLD BANK INITIATIVE IN DISTANCE LEARNING FOR DEVELOPMENT. IN: _____. *HANDBOOK OF DISTANCE EDUCATION*, LONDON: WBP, 2003.
- GURI-ROSENBLIT, S. *PARADOXES AND DILEMMAS IN MANAGING E-LEARNING IN HIGHER EDUCATION*. BERKELEY: UNIVERSITY OF CALIFORNIA, BERKELEY, 2003.
- KANT, I. *CRÍTICA DA RAZÃO PRÁTICA*. LISBOA: EDIÇÕES 70, 1992.
- MORIN, E. *NEW TRENDS IN THE STUDY OF MASS COMMUNICATIONS*. UNIVERSITY B'HAM, CENTRE FOR CONTEMP. CULT. STUDS, 1996.
- PIAGET, J. *FAZER E COMPREENDER*. SÃO PAULO: MELHORAMENTOS, 1978.
- PIRES, J. S.; MATIELLO, E.; GONÇALVES, A. ALGUNS OLHARES SOBRE APLICAÇÃO DO CONCEITO DE QUALIDADE DE VIDA EM EDUCAÇÃO FÍSICA/CIÊNCIAS DO ESPORTE. *REVISTA BRASILEIRA DE CIÊNCIAS DO ESPORTE*, v. 20, n. 1, p. 53-57, 1998.
- REEVES, T. C. *THE IMPACT OF MEDIA AND TECHNOLOGY IN SCHOOLS: A RESEARCH REPORT PREPARED FOR THE BERTELSMANN FOUNDATION*. GEORGIA: UNIVERSITY OF GEORGIA, 1998.
- SA, RICARDO ANTUNES DE ET ALII . *EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA: BASES CONCEITUAIS E PERSPECTIVAS MUNDIAIS* (DEBATEDOR). IN: POLAK, MARTINS & SA . *EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA: UM DEBATE MULTIDISCIPLINAR*. CURITIBA (PR), UFPR/PROGRAD/NEAD, 2000.
- SAVIANI, D. *PEDAGOGIA HISTÓRICO-CRÍTICA: PRIMEIRAS APROXIMAÇÕES*. SÃO PAULO: CORTEZ, 1991.



TAROUCO, L. *SUORTE DE REDES E COMPUTADORES PARA EDUCAÇÃO À DISTÂNCIA*. PORTO ALEGRE: ED. DA UFRGS, 2000.

VALENTE, J. A. *FORMAÇÃO DE EDUCADORES PARA O USO DA INFORMÁTICA NA ESCOLA*. CAMPINAS: ED. DA UNICAMP, 2003.

ZAVAGLIA T., PEREIRA N. *NOVOS DESAFIOS DA RESPONSABILIDADE SOCIAL: COMO PROMOVER CIDADANIA E INCLUSÃO DIGITAL?* DISPONÍVEL EM:
[HTTP://WWW.CNPTIA.EMBRAPA.BR/SALA/ARTIGOS.HTML](http://www.cnptia.embrapa.br/sala/artigos.html). ACESSO EM: 30 OUT. 2003.



**Promoção da Qualidade de
Vida em Diabéticos:
A Atividade Física como Fator
Mobilizador da Comunidade da
Região dos Amarais /
Campinas / São Paulo**



PROF. DR. FREDERICO TADEU DELOROSO

DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA

UNIARARAS – SP

Introdução

O *Diabetes Mellitus* (DM) é uma doença crônica, grave, de evolução lenta e progressiva, que acomete milhares de pessoas em todo mundo, necessitando de tratamento intensivo e orientação médica adequada, atingindo em todo o mundo, um grande número de pessoas de qualquer condição social.

O DM vem sendo reconhecido como um sério problema de saúde pública em praticamente todos os países, independente do grau de desenvolvimento sócio-econômico.

Está sendo considerada doença crônico-degenerativa com graves alterações endócrinas que variam de acordo com



o tipo de DM, mas que resultam na elevação da concentração plasmática de glicose.

Atualmente o DM tem sido considerado uma das principais doenças crônicas que afetam o homem contemporâneo e acomete populações de países em todos os estágios de desenvolvimento econômico-social. As possibilidades de se prevenir e minimizar seus efeitos são inúmeras e vantajosas, mas o desconhecimento por parte da população e a falta de informação através dos programas públicos de saúde fazem com que essa doença tenha proporções alarmantes.

O impacto social e econômico vem ocasionando, tanto em termos de produtividade quanto de custos, problemas de saúde pública com reflexos sociais importantes. Suas manifestações crônicas são ainda, na nossa realidade, causas de hospitalização e absenteísmo no trabalho.

Sua principal característica é a presença aumentada de glicose (açúcar) no sangue, chamada de hiperglicemia, tendo como conseqüências as deficiências visuais, que podem levar à cegueira; as deficiências renais e conseqüentemente à hemodiálise; as deficiências vasculares que podem resultar em gangrena dos membros inferiores e também facilitam, em muito, o infarto agudo do miocárdio e o derrame cerebral. Infelizmente, em grande parte dos casos, o paciente somente poderá se dar conta quando as complicações decorrentes já estiverem instaladas (FRAIGE, 1998).

De acordo com Costa e Silva Neto (1992), o DM diminui a capacidade do organismo de consumir a glicose que ele retira dos alimentos para a obtenção de energia. A glicose será transportada pelo sangue para as células do corpo, mas as células precisam de insulina, que é produzida pelo pâncreas, para permitir que a glicose se mova para seu interior. Sem a insulina a glicose se acumula no sangue e precisa então ser eliminada pelos rins, através da urina. A insulina é um hormônio produzido pelo pâncreas, cuja principal função é



ajudar a glicose presente no sangue a passar para o interior das células, onde será utilizada para fornecer energia ou será armazenada para futuras necessidades. Na maioria dos diabéticos há uma diminuição absoluta ou relativa na produção de insulina.

A insulina impede que a glicose lançada na corrente sanguínea (glicemia), ultrapasse de 160 a 180 mg/dl após a alimentação.

Forjaz et al. (1998) destacam em seus estudos basicamente dois tipos mais comuns, o DM tipo I (ou insulino-dependente) que apresenta deficiência na produção de insulina, tornando o indivíduo dependente de insulina exógena, e o DM tipo II (ou não insulino-dependente) que apresenta, principalmente, resistência periférica à ação da insulina que o torna inicialmente hiperinsulinêmico e não insulino-dependente e posteriormente hipoinsulinêmico e dependente de insulina exógena.

Deste modo, pode-se observar diferentes estados de insulinemia e glicemia, dependendo do tipo de DM, do controle da glicemia, da qualidade alimentar e tipo de insulina, bem como sua dose diária.

Segundo Chacra (2001), a nova classificação dos tipos baseia-se na etiologia do DM, eliminando os termos “*diabetes mellitus* insulino-dependente” e “não-insulino-dependente”, esclarecendo que:

- O DM tipo 1 resulta primariamente da destruição das células beta pancreáticas apresentando tendência a cetoacidose. Inclui casos decorrentes de doença auto-imune e aqueles nos quais a causa da destruição das células beta não é conhecida;

- O DM tipo 2 resulta, em geral, de graus variáveis de resistência à insulina pelas células e deficiência relativa de secreção de insulina pelo pâncreas. A maioria dos pacientes tem excesso de peso e a cetoacidose ocorre apenas em situações especiais, como durante infecções graves;
- A categoria “outros tipos de DM” contém várias formas de DM, decorrentes de defeitos genéticos associados a outras doenças ou ao uso de fármacos diabetogênicos;
- O DM gestacional é a diminuição da tolerância à glicose, de magnitude variável. É diagnosticado pela primeira vez na gestação, podendo ou não persistir após o parto. Abrange os casos de DM de tolerância à glicose diminuída detectados na gravidez.

Para Hernandez et al. (2000), quando mal controlada, esta enfermidade pode representar uma pesada carga econômica para o indivíduo e para a sociedade. Dependendo do país o DM pode alcançar entre 5 a 14% dos gastos com a saúde.

No Brasil, o estudo Multicêntrico sobre Prevalência de DM encontrou uma prevalência geral da doença de 7,6% em pessoas de 30 a 69 anos. Destas, metade não tinha conhecimento de ser portadora da doença e, das previamente diagnosticadas, 22% não faziam nenhum tratamento (VIVOLVO, FERREIRA, HIDAL, 1996).

O DM, se diagnosticado precocemente, poderá ser controlado, uma vez que o paciente tenha orientação segura e conhecimentos específicos através da educação continuada. O paciente devidamente informado terá condições de exercer um melhor controle sobre suas taxas glicêmicas, realizando



testes de punção digital, variando as doses e tipos de insulina, manter uma dieta equilibrada e adequada às suas necessidades e estar sempre atento às diferentes variáveis de seu estado. Isto significa interagir diariamente com sua doença (FRAIGE, 1998).

Diversos estudos foram e ainda vêm sendo realizados em todo o mundo na tentativa de se obter a cura para o DM. Na ausência de um tratamento definitivo, é essencial a realização de uma terapêutica eficaz que consiste em insulinoterapia, mudança de hábitos de vida e educação continuada. O controle metabólico adequado permite a redução da morbidade e da mortalidade associada à doença.

A educação é parte essencial no controle do DM tipo I e consiste em um processo contínuo de alteração de hábitos de vida que requer tempo, espaço, planejamento, material didático e profissionais capacitados. Apenas seguir a prescrição médica corretamente, aplicando a dose e o tipo de insulina no momento certo, não é o suficiente para a melhoria da qualidade de vida desses indivíduos (POUSADA e BRITTO, 2001).

A qualidade de vida de muitas destas pessoas poderia sofrer mudanças significativas se alguns de seus hábitos fossem modificados juntamente com a implementação de ações preventivas de saúde que pudessem gerar um estilo de vida mais saudável.

Os exercícios físicos, a educação para uma alimentação mais adequada e um esclarecimento mais detalhado sobre a própria patologia, por exemplo, seriam medidas auxiliadoras que iriam minimizar os efeitos indesejáveis do DM, como também poderiam proporcionar uma melhora na qualidade de vida destas pessoas, independentemente da patologia, com efeitos positivos e benéficos no tocante aos aspectos fisiológicos, psicológicos, emocionais e sociais.



Há muito tempo que os exercícios físicos estão sendo apontados como fator importante no tratamento do DM, porém ainda existem muitas pessoas diabéticas que não adotaram tal prática.

É de fundamental importância que recrutemos as pessoas afetadas pelo DM com a finalidade de conscientizá-las sobre essa enfermidade, ensinar-lhes as técnicas de autocuidado e incentivarmos a prática de atividade física diária para que possam atingir melhores níveis de qualidade de vida.

Surge então uma oportunidade para formos em prática um programa com essas características: “Promoção da Qualidade de Vida em Diabéticos: A Atividade Física como Fator Mobilizador da Comunidade da Região dos Amarais / Campinas / São Paulo”.

Objetivos

A proposta deste programa se baseia em ações que possam promover melhoras na qualidade de vida dos indivíduos com DM, residentes no Bairro Santa Mônica, na região dos Amarais, na cidade de Campinas, através de um programa de atividade física e educação para o diabetes, especialmente elaborado para aquela população.

Metodologia

A divulgação desse programa se deu através de faixas e cartazes que foram distribuídos em pontos estratégicos do bairro pelos autores desse programa e pelos agentes de saúde comunitária, lotados no Posto de Saúde do bairro.

Cartazes e “banners” foram afixados por todo o bairro e também na parede externa do salão paroquial da Igreja Santa Mônica; este local foi escolhido para sediar os encontros realizados semanalmente com os portadores de DM.



A primeira reunião ocorreu no dia 09 de outubro de 2002 e contou com a presença de oito pessoas, desde o início, procuramos criar um ambiente que fosse prazeroso para as pessoas que viessem a fazer parte do grupo. A presença foi aumentando gradualmente nas reuniões que se seguiam e aproveitamos para solicitar que cada indivíduo diabético trouxesse outro indivíduo também com diabetes para aumentarmos ainda mais o nosso grupo.

Apresentamos as propostas e as metas do programa, o porquê da nossa presença naquele bairro, um grupo de pessoas todas diabéticas, e finalmente, todo o plano de trabalho que seria desenvolvido.

O tema DIABETES, ATIVIDADE FÍSICA & QUALIDADE DE VIDA, viria a ser mais tarde, a logomarca para as estampas das camisetas e dos impressos que circulavam dentro do programa.

De forma bem resumida e numa linguagem que pudesse ser compreendida por todos, abordamos os seguintes fatores:

- Apresentação dos profissionais envolvidos,
- Apresentação do programa,
- Objetivos:
- Importância da participação de cada um no programa;
- As etapas de cada fase do projeto;
- Motivação;
- Responsabilidade e seriedade.

Os procedimentos adotados seguiram as normalizações previamente aprovadas pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Unicamp.

Todos os indivíduos assinaram um termo de consentimento formal concordando em participar de todas as atividades estabelecidas pelo programa, os indivíduos que participaram da pesquisa foram voluntários e tinham total conhecimento das ações que seriam desenvolvidas no transcorrer da mesma.

Critérios para admissão ou inclusão:

- Ser portador de DM e ter prontuário médico no posto de saúde local;
- Aceitar espontaneamente participar de todos os testes, mediante assinatura de termo de consentimento formal.
- Comparecer espontaneamente a todas as atividades previamente estabelecidas pelos responsáveis pelo programa e seguir à risca as orientações

Critérios para exclusão:

- Estar tomando alguma medicação que pudesse comprometer os resultados dos testes.
- Possuir algum comprometimento que o impossibilitasse de participar das atividades previamente estabelecidas pelos responsáveis pelo programa.

Os sujeitos que possuíam algum tipo de comprometi-



mento ou problemas cardíacos foram aconselhados a passar por uma avaliação médica no Posto de Saúde do bairro antes dos testes, com o objetivo de minimizar os riscos de possíveis complicações.

Chegamos a contar com a participação de 50 cadastrados, porém, apenas 16 indivíduos estavam aptos a participar do estudo longitudinal da pesquisa. As outras pessoas não foram excluídas do programa, apenas não fizeram parte da análise longitudinal. Seus dados foram computados num banco de dados e podem ser acessados para outros estudos.

O projeto foi estruturado em caráter observacional descritivo com aspectos retroativos, com o objetivo de realizar uma análise descritiva das variáveis em estudo, de forma longitudinal, de uma população que esteve presente em todas as etapas do projeto de pesquisa. A amostragem foi sistemática, não casual e de acessibilidade.

Protocolos Utilizados na Coleta de Dados

- **Qualidade de Vida**

A necessidade de aplicação de instrumentos curtos que demandem pouco tempo para seu preenchimento, mas com características psicométricas satisfatórias, fez com que o grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde, WHOQOL, desenvolvesse uma versão abreviada do WHOQOL-100, o Whoqol-bref, aplicado e validado na versão em português por FLECK et al. (2000). O mesmo consta de 26 questões distribuídas em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. Assim, diferentemente do WHOQOL-100, em que uma das 24 facetas é avaliada a partir de 4 questões, no WHOQOL-bref cada faceta é avaliada por apenas uma questão..

A consistência interna do WHOQOL-bref foi avaliada pelo coeficiente de fidedignidade de Cronbach. Foram avaliadas as consistências internas para os domínios, as questões, e cada domínio individualmente. O alfa Cronbach é uma estatística útil para a investigação da consistência interna do questionário. O coeficiente alfa de fidedignidade de Cronbach para todos os propósitos deve ser superior ou igual a 0,8 ($\alpha = 0,8$) para apoiar ou suportar a consistência interna do programa e considerar o questionário válido.

Em relação à forma de administração do questionário podemos dizer que 100% dos indivíduos foram assistidos pelo entrevistador.

- **Avaliação Antropométrica**

Constou dessa avaliação a obtenção do peso corporal através de balança aferida em quilogramas (Kg) com precisão de 100 gramas que era recalibrada após a obtenção do peso corporal de cada 10 indivíduos

Nesta medida os avaliados vestiam camiseta e calça, calção ou saia (visando expor minimamente os indivíduos do programa), sem calçado, foram colocados sobre a balança devidamente apoiada sobre o solo nivelado, em pé, de frente para a escala da balança, com afastamento lateral dos pés. As medidas foram realizadas com os sujeitos em apnéia inspiratória e com a cabeça orientada no plano de Frankfurt, paralela ao solo. Foi realizada apenas uma medida para cada indivíduo, que foi anotada em planilha.

A altura em metros, com graduação em centímetros, foi obtida através de estadiômetro de madeira graduado no mesmo dia da mensuração do peso corporal. Com os pés unidos, foram orientados a encostarem-se à parede com as superfícies posteriores dos calcanhares, da cintura pélvica, da cintura escapular e da região occipital.

As medidas foram feitas com o esquadro antropométrico em ângulo de 90° em relação à fita metalizada fixada na parede nivelada.

Com as medidas obtidas com as alturas e com os pesos, foram possíveis os cálculos do Índice de Massa Corporal (IMC) de cada sujeito, possibilitando assim, classificar o grau de sobrepeso ou obesidade do indivíduo.

Esse índice antropométrico, de acordo com Heyward e Stolarczyk, (2000) é amplamente reconhecido por predizer risco de doenças crônicas degenerativas.

O cálculo é simples, sendo necessário apenas dividir o peso em quilogramas pela estatura em metros ao quadrado:

$$\text{IMC} = \frac{\text{Peso em quilogramas} = \text{Kg}}{(\text{Estatura em metros})^2 = \text{m}^2}$$

Foi adotada a classificação, de acordo com a (Organização Mundial da Saúde, 1997) independente do gênero, representada na quadro 1.

Quadro 1 - Classificação de acordo com o Índice de Massa Corporal (IMC) para ambos os gêneros, Organização Mundial da Saúde, 1997.

Classificação	Índice de Massa Corporal
Abaixo do normal	< 18,5
Normal	18,5 a 24,9
Sobrepeso	≥ 25
Pré-Obeso	25 a 29,9
Obeso Classe I	30 a 34,9
Obeso Classe II	35 a 39,9
Obesa Classe III	≥ 40

Na medida de cintura e de quadril (perimetria) a fita métrica graduada em centímetros e décimos de centímetros foi colocada na região de menor circunferência do tronco, entre as últimas costelas e a cristas ilíacas. Na medida do quadril a fita métrica foi colocada na região de maior circunferência, considerando o maior volume dos glúteos.

Matsudo (2000) relata que as medidas antropométricas de cintura e quadril estão relacionadas significativamente com a gordura intra-abdominal e com a gordura visceral. A relação cintura-quadril (RCQ) é calculada dividindo-se o valor da circunferência da cintura (em cm) pelo valor da circunferência do quadril (em cm). Alguns valores são sugeridos na literatura como critérios de risco de desenvolvimento de doenças cardíacas (Quadro 2).

Quadro 2 - Classificação dos riscos de desenvolver doenças cardíacas observadas a partir da relação cintura-quadril, adaptado de Heyward (1996)

Sexo	Idade	Risco Alto	Risco Muito Alto
Homens	50 – 59		
	60 – 69	0,97 – 1,02	> 1,02
		0,99 – 1,03	> 1,03
Mulheres	50 – 59	0,82 – 0,88	> 0,88
	60 – 69	0,84 – 0,90	> 0,90

As medidas das dobras cutâneas do braço (tríceps) e da panturrilha, foram obtidas com uma precisão de 0,1 milímetro (mm) por um adipômetro calibrado. Optamos por avaliar essas dobras por serem de fácil acesso para a mensuração e para evitar maiores constrangimentos ao grupo, pois a ex-

posição do corpo foi mínima. A intenção de obter o somatório dessas dobras não está em determinar o percentual de gordura dos indivíduos, mas sim de compará-las entre elas, com a finalidade de prever alterações das mesmas. No procedimento os indivíduos permaneciam em pé com os braços relaxados ao longo do corpo. A medida foi feita na face posterior do braço (tricipital) na distância média entre a borda supralateral do acrômio e a borda distal do úmero, seguindo o eixo longitudinal do membro.

Já a dobra da panturrilha foi obtida com o avaliado sentado com o joelho em 90° de flexão, tornozelo em posição anatômica e com os pés sem apoio. A medida foi realizada, no sentido paralelo ao eixo longitudinal do corpo e na altura da maior circunferência da perna, destacando-a com o polegar apoiado no bordo medial da tíbia (FERNANDES, 1999).

- **Teste de Força**

O teste de potência muscular para os membros superiores foi o de flexão de cotovelo com a utilização de halteres de 2 quilogramas para as mulheres e 4 quilogramas para os homens. Trata-se de um teste alternativo, descrito por Rikli e Jones (1999) para mensurar indiretamente a força dos membros superiores quando não se tem à disposição um dinamômetro manual.

Cada indivíduo avaliado foi mantido sentado em uma cadeira, com as costas apoiadas no encosto e com os pés totalmente apoiados no chão, com o lado dominante do corpo perto da extremidade lateral da cadeira. O peso foi segurado de lado com a mão dominante fechada. O teste começou com o braço estendido ao lado da cadeira e perpendicular ao chão.

Ao nosso sinal o cronômetro era acionado e o avaliado iniciava o teste virando a palma da mão para cima en-

quanto flexionava o braço, completando totalmente o ângulo de movimento, voltando depois à posição inicial com o cotovelo totalmente estendido. Cada avaliado foi encorajado a executar o maior número possível de repetições dentro do prazo de 30 segundos.

Outro teste alternativo proposto por Rikli e Jones (1999) foi o de levantar-se e sentar-se em uma cadeira. Nesse procedimento o avaliado iniciava o teste sentado, com as costas retas e os pés apoiados no chão. Os braços ficavam cruzados contra o tórax. Ao nosso sinal, o cronômetro era acionado e o avaliado se levantava e ficava totalmente em pé e então retornava à posição inicial. Cada avaliado foi encorajado a sentar-se e levantar-se completamente o maior número de vezes que ele suportasse em 30 segundos.

- **Teste de Flexibilidade**

As medidas de flexibilidade foram obtidas com a utilização do banco de Wells, com precisão de 0,1 centímetro. Para a realização deste teste o indivíduo sentou-se no chão com as pernas estendidas e os pés encostados no fundo do banco de Wells, afastados e seguindo a linha do quadril, os braços estendidos um sobre o outro. A um comando dado, o avaliado flexionava o tronco lentamente para frente com suas mãos sobre uma fita métrica devidamente colocada até atingir o ponto mais distal, sem flexionar seus joelhos (MATSUDO, 2000).

Foram feitas três tentativas para cada indivíduo, e foi considerado o melhor desempenho obtido de cada pessoa marcando-se na extremidade do maior dedo.

- Questionário Sobre o Conhecimento de “Diabetes Mellitus”



Teve a finalidade de avaliar o quanto o sujeito sabe sobre esta patologia, proposto por GARCIA et al. (2001). Esse questionário ainda não foi validado, porém, o objetivo não está em comparar conhecimento entre grupos, mas detectar o nível inicial e a sua evolução pessoal quanto ao Conhecimento de “Diabetes Mellitus” dentro do mesmo grupo e o quanto este grupo interage com o conhecimento adquirido em DM.

- **Teste de Glicemia**

Os testes de glicemia, foram realizados com a obtenção de uma gota de sangue e seguiu as seguintes etapas para a coleta:

- Aquecer os dedos do paciente para aumentar o fluxo sanguíneo;
- Estender o braço para baixo para aumentar o fluxo sanguíneo em seus dedos;
- Limpar bem o dedo com álcool e algodão, deixando secar completamente antes de iniciar o teste;
- Apertar a ponta do dedo durante 3 segundos.

Coleta do sangue na tira de teste:

- Preparar o lancetador;
- Retirar uma nova tira de teste do frasco. Com o auxílio do lancetador, obter uma gota de sangue da região lateral da polpa digital do paciente e inseri-la na área amarela da tira de teste, virada para cima;

- Encostar o dedo na tira até que o sangue preencha o espaço reservado para a leitura da fita; colocar e manter a gota de sangue na curva da tira.

Colocação da tira no monitor para quantificação da glicemia:

- Quando o símbolo de gota de sangue piscar no monitor do aparelho, introduzir a fita na guia do monitor, em até 30 segundos inserir a tira de teste;
- Esperar pelo resultado; para valores inferiores a 60 mg/dl e superiores a 600 mg/dl não seriam realizadas as leituras das dosagens da glicemia.

- **Exame para Hemoglobina Glicosilada**

Foram feitas duas coletas de sangue nos indivíduos da amostra, pelo Laboratório de Análises Clínicas PASTEUR (Rua General Câmara, 1000 – Santa Bárbara d'Oeste), sendo a primeira no dia 14 de maio de 2003 e a segunda no dia 03 de setembro de 2003, ambas verificaram os valores de Hemoglobina Glicosilada, os indivíduos foram orientados para ficar em jejum de 12 horas na véspera da coleta do sangue.

- **Protocolo do Treinamento Físico**

Os programas de exercícios físicos se desenvolveram às quartas-feiras, das 8:30 às 10:30 horas, no salão paroquial da Igreja Santa Mônica, no período compreendido entre os meses de outubro de 2002 a novembro de 2003.

Os indivíduos foram submetidos a um programa de exercícios físicos de natureza aeróbia com predomínio de uti-



lização de grandes massas musculares. Foram formados três grupos pois o material disponível não poderia ser utilizado por todos ao mesmo tempo, portanto, elaboramos três programas de exercícios com oito modalidades diferentes, com os mesmos objetivos, ou seja, aumento da força muscular e alongamento da musculatura, cada exercício que constasse do programa foi realizado até a marca de 10 repetições.

Orientamos para que executassem, com periodicidade, 30 minutos de caminhada por dia, não necessariamente de uma só vez, além de realizarem os exercícios em casa de acordo com os modelos apresentados ao grupo.

- **Análise Estatística dos Resultados**

Quando os dados da pesquisa se apresentaram em escala intervalar ou de razão, utilizamos os testes paramétricos para a análise estatística. No entanto, se a distribuição dos dados fosse não-normal, utilizamos testes não-paramétricos.

Assim, a primeira análise efetuada sobre os resultados foi a da verificação da normalidade ou não das distribuições, o que foi feito através do cálculo de curtose e de assimetria. Concluiu-se que a distribuição seria normal, se nenhum valor de curtose, e/ou, de assimetria fosse menor que -2 ou maior que 2 . Os dados relativos ao Peso, IMC, Hemoglobina Glicosilada e Glicose são apresentados em escalas de razão. Os resultados desta análise estão demonstrados na Tabela 1.

- **Apresentação dos Resultados**

A amostragem foi constituída de 16 indivíduos diabéticos, sendo quatro do sexo masculino (25%) e doze do feminino (75%). A média de idade foi de 61,43 anos, compreendi-

dos dentro de uma faixa etária entre 50 e 76 anos. Constatamos que 12 indivíduos (75%) têm o primeiro grau incompleto, 3 (18,75%) o primeiro grau completo e 1 (6,25%) não concluiu o ginásio. Verificamos que 11 (68,75%) indivíduos obtiveram uma redução do peso. A média do peso corporal reduziu de 72,93 Kg (média da 1ª medida) para 70,06 Kg (média da 2ª medida). A maior medida de peso passou de 96,5 Kg para 94,3 Kg.

Constatamos que 11 indivíduos da amostra (68,75%) conseguiram uma diminuição do IMC. Encontramos uma diminuição de 29,93 para 29,01 no IMC, o que segundo Matsudo (2000), mantém os indivíduos da amostra na categoria de pré-obesos.

Identificamos que 7 (43,75%) dos indivíduos obtiveram um aumento na flexibilidade, 4 (25%) mantiveram-se no mesmo patamar e 5 (31,25%) ficaram abaixo do valor inicial..

Em relação ao teste sentar-se e levantar-se, quando comparamos os resultados da primeira avaliação com os resultados da segunda avaliação, 12 (75%) dos indivíduos ultrapassaram as suas marcas iniciais, 3 (18,75%) mantiveram-se com o mesmo desempenho e apenas 1 indivíduo ficou abaixo de sua marca inicial.

Na aplicação do teste de Wilcoxon, a frequência de movimentos de sentar-se e levantar-se, encontradas na situação anterior e posterior ao programa de exercícios físicos foi de 0,0052 ($p < 0,05$), indicando assim, que houve uma significância entre as frequências de movimentos e os resultados mais elevados foram relativos à situação final, indicando assim, uma melhora nas atividades de sentar-se e levantar-se.

Verificamos que 12 (75%) dos indivíduos aumentaram o número de flexões do cotovelo quando comparamos

com o número de flexões do primeiro teste, 2 indivíduos mantiveram o mesmo resultado e 2 diminuíram.

Quando da aplicação do teste de Wilcoxon, a frequência de movimentos de flexão do cotovelo, encontradas na situação anterior e posterior ao programa de exercícios físicos foi de 0,0171 ($p < 0,05$), indicando assim, uma significância entre as frequências de movimentos e os resultados mais elevados foram relativos à situação final, indicando uma melhora nas atividades de flexão do cotovelo.

Observamos que 13 (81,25%) indivíduos obtiveram diminuição das medidas da soma das dobras cutâneas do braço (tríceps braquial) mais panturrilha (tríceps sural) quando comparamos com as medidas da segunda avaliação.

Encontramos no teste “t de Student”, um P de 0,005724, demonstrando uma redução significativa nos resultados, verificamos uma hipertrofia nos músculos do braço e da perna como resultado dos exercícios físicos realizados no transcórper do programa.

Na comparação entre as respostas obtidas através do questionário de Conhecimento Sobre Diabetes, antes e depois de palestras ministradas com esse tema, durante todo o período do programa de exercícios físicos, os resultados apontam que 13 (81,25%) indivíduos aumentaram o número de respostas certas, 3 acertaram o mesmo número de questões enquanto que apenas 1 diminuiu o número de respostas certas.

De acordo com os resultados, encontramos diferenças significantes entre as frequências de respostas certas e “não sei”, obtidas nas duas situações analisadas, sendo que os resultados mais elevados foram os relativos à situação posterior ao programa de palestras sobre diabetes, no que se refere às respostas certas. Isto indica que houve um aumento significativo no conhecimento dos sujeitos, a respeito do diabetes.

Quanto às respostas “não sei”, os resultados mais elevados foram os relativos à situação anterior ao programa de

exercícios físicos. Este resultado confirma o anterior, pois indica que houve uma diminuição significativa de respostas ignoradas.

Com relação à média dos valores glicêmicos obtidos antes e depois de caminhadas, a média passou de 173,12 mg/dl para 134,93 mg/dl (caminhada do dia 20/08), e a média da segunda caminhada passou de 193,5 mg/dl para 138 mg/dl (caminhada do dia 10/09). Os valores de glicemia obtidos antes e depois dos exercícios físicos realizados no dia 08/10 e no dia 22/10/2003, confirmam uma significativa diminuição dos valores glicêmicos após a realização da atividade física, verificamos uma significativa diferença na comparação dos resultados entre os valores da glicemia inicial e final. O P obtido 0,000774 e 0,0005, são inferiores a 0,05. Os exercícios físicos contribuíram para a diminuição dos valores de glicemia.

Constamos em 50% dos indivíduos da amostra uma diminuição nos valores da hemoglobina glicosilada quando comparamos os valores do primeiro exame com os valores do segundo exame num intervalo de 90 dias.

Uma versão abreviada em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS, WHOQOL-bref, foi aplicado em um grupo de 16 indivíduos portadores de DM, no bairro Santa Mônica, na cidade de Campinas. Os dezesseis indivíduos foram retestados um ano após a administração do teste para avaliar a estabilidade do instrumento através da fidedignidade teste-resteste. A consistência interna do WHOQOL-bref foi avaliada pelo coeficiente de fidedignidade de Cronbach.

Foram avaliadas as consistências internas para as 26 questões e para cada domínio individualmente tanto no teste como no reteste da população estudada. Os valores obtidos pelo coeficiente de Cronbach, podem ser visualizados na Tabela 1 e atestam uma consistência interna satisfatória do

WHOQOL-bref, quando verificados os coeficientes obtidos no Teste.

Os domínios 1 (domínio físico), 2 (domínio psicológico) e 3 (domínio das relações sociais) tomados individualmente, foram os que apresentaram os menores valores do coeficiente de Cronbach.

Tabela 1 - Teste: Coeficiente de fidedignidade de Cronbach (n=16) dos domínios e das 26 questões, Campinas, 2003.

Itens	Coeficiente de Cronbach	Nº de itens	Nº de casos
26 questões	0,895436	100	16
Domínio 1 (Físico)	0,763876	7	16
Domínio 2 (Psicológico)	0,749918	6	16
Domínio 3 (Relações Sociais)	0,670677	3	16
Domínio 4 (Meio Ambiente)	0,838795	8	16

Na Tabela 2 encontramos que os valores obtidos para o coeficiente de fidedignidade de Cronbach atestam uma consistência interna satisfatória do WHOQOL-bref quando verificados os coeficientes obtidos no Reteste.

O domínio 1 (domínio físico) é o que apresentou menor valor do coeficiente de Cronbach.

Tabela 2 - Reteste: Coeficiente de fidedignidade de Cronbach dos domínios e das 26 questões (n=16), Campinas, 2003.

Itens	Coeficiente de Cronbach	Nº de itens	Nº de casos
26 questões	0,950755	100	16
Domínio 1	0,709607	7	16
Domínio 2	0,838217	6	16
Domínio 3	0,815243	3	16
Domínio 4	0,920299	8	16

Conclusão

Este estudo permitiu concluir que o programa de atividade física elaborado e aplicado numa população de diabéticos residentes no Bairro Santa Mônica, na cidade de Campinas (SP), promoveu melhora da qualidade de vida constatada quando comparamos os coeficientes de fidedignidade de Cronbach, dos domínios e das facetas que compõem o instrumento de avaliação da qualidade de vida WHOQOL-bref.

A aptidão física verificada nos indivíduos da amostra depois da introdução do programa de exercícios físicos constatou um aumento significativo da força muscular dos músculos flexores do cotovelo, extensores do joelho, flexores plantar e extensores da coluna vertebral.

O resultado final sobre o conhecimento da doença DM, obtido depois da comparação das porcentagens de respostas certas, erradas e não respondidas, após a aplicação do Teste de Conhecimento Sobre Diabetes, constatou um aumento significativo no percentual de respostas certas, resultado das muitas informações, das palestras e esclarecimentos sobre a doença, disponibilizadas durante o todo o tempo de duração do estudo.

O monitoramento da hemoglobina glicosilada, realizado em duas oportunidades, num intervalo de 90 dias, durante a execução do programa de exercícios físicos, detectou uma redução significativa do percentual de hemoglobina glicosilada, atribuídos aos efeitos metabólicos da exposição continuada aos exercícios físicos aeróbios com o envolvimento dos músculos com grandes massas musculares.

Através desse trabalho foi desenvolvido um programa de exercícios físicos para uma população de indivíduos diabéticos que promoveu alterações relevantes na aptidão física e na qualidade de vida monitoradas por instrumentos e métodos adequados à amostra.

Referências Bibliográficas

BAECKE, J.A.H.; BUREMA, J.; FRIJTERS, J.E.R. A SHORT QUESTIONNAIRE FOR THE MEASUREMENT OF HABITUAL PHYSICAL ACTIVITY IN EPIDEMIOLOGICAL STUDIES, *AMERICAN JOURNAL CLIN NUTR*, 36:936-42, 1982.

BEAMER, B.A. EXERCISE TO PREVENT AND TREAT DIABETES. *THE PHYSICIAN AND SPORTS MEDICINE*, 28(10): 346-49, 2000.

BLACK, S. DIABETES, DIVERSITY, AND DISPARITY: WHAT DO WE DO WITH THE EVIDENCE. *AM J PUBLIC HEALTH*, 92 (4):543-48, 2002.

BRAMBRICK, J.K.; FLUCKEY, J.D.; HICKEY, M.S.; CRAIG, B.W. INFLUENCE OF MUSCLE MASS AND WORK ON POST-EXERCISE GLUCOSE AND INSULIN RESPONSES IN YOUNG UNTRAINED SUBJECTS. *ACTA PHYSIOL SCAND*, 161:371-7, 1997.

CABALLERO, L. V.; MUNARI, A. F.; MONTER, H. P.; LEON, S. M. H. R.; PEREZ, A. N. B. ACERCA DE LA PRESCRIPCIÓN DE EJERCICIO EN EL PACIENTE DIABÉTICO. *GAC MED MEX*, 136:766-772, 2000.

CANCELLIÉRI, C. BENEFÍCIOS IMEDIATOS E TARDIOS DA ATIVIDADE FÍSICA PARA OS PACIENTES DIABÉTICOS. *REVISTA DE DIABETES CLÍNICA*, 3(2):85-8, 1999.

CHACRA, A. R. CONSENSO DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES SOBRE O DIAGNÓSTICO E CLASSIFICAÇÃO DO DIABETES MELLITUS E TRATAMENTO DO DIABETES TIPO 2. *REVISTA DA ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA*, 47(01):123-127, 2001.

CHACRA, A.R.; GUIMARÃES, V.; MELO, M. A IMPORTÂNCIA DA HEMOGLOBINA GLICADA (A1C) PARA A AVALIAÇÃO DO CONTROLE GLICÊMICO EM PACIENTES DIABÉTICOS: ASPECTOS CLÍNICOS E LABORATORIAIS. *REVISTA DE DIABETES CLÍNICA*, 7(4):291-300, 2003.

CORREA, F.H.S.; TABOADA, G.F.; JUNIOR, C.R. INFLUÊNCIA DA GORDURA CORPORAL NO CONTROLE CLÍNICO E METABÓLICO DE PACIENTES COM DIABETES MELLITUS TIPO 2. *ARQUIVO BRASILEIRO DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLISMO*, 47(01):123-28, 2003.

COSTA, A.A.; SILVA NETO, J. *MANUAL DE DIABETES*. SARVIER. SÃO PAULO, 1992.

CRAWFORD, J.; COTRAN, R.S. *PÂNCREAS EXÓCRINO*. IN: COTRAN RS, KUMAR V, COLLINS T. *PATOLOGIA ESTRUTURAL E FUNCIONAL*. RIO DE JANEIRO: GUANABARA KOOGAN, 2000.

FERNANDES FILHO, J. *A PRÁTICA DA AVALIAÇÃO FÍSICA*. RIO DE JANEIRO: SHAPE, 1999.

FLECK, M.P.A.; LOUZADA, S.; XAVIER, M.; CHACHAMOVICH, E.; VIEIRA, G.; SANTOS, L.; PINZON, V. APLICAÇÃO DA VERSÃO EM PORTUGUÊS DO INSTRUMENTO ABREVIADO DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA "WHOQOL-BREF". *REVISTA DE SAÚDE PÚBLICA*, 34(2):178-83, 2000.

FORJAZ, C.L.M.; JUNIOR, C.G.C.; BISQUOLO, V.A.F. EXERCÍCIO FÍSICO RESISTÊNCIA À INSULINA E DIABETES MELITO: EFEITOS AGUDOS E CRÔNICOS, CUIDADOS NECESSÁRIOS. *REVISTA DA SOCIEDADE DE CARDIOLOGIA DO ESTADO DE SÃO PAULO*, 12(5A):16-27, 2002.

FRAIGE, F.F. SITUAÇÃO DOS DIABÉTICOS NO BRASIL. *REVISTA DE DIABETES CLÍNICA*. 2(1):4-5, 1998.

FRONTERA, W.R.; DAWSON, D. M.; SLOVIK, A. EXERCÍCIO FÍSICO E REABILITAÇÃO. *DIABETES CARE*, 24(2): 87-90,1999.

HERNANDEZ, A. Q.; GRANJA, L.L.; SERRANO, V.C.; LUNA, A. M.; LEYVA, P.M.; MORENO, A. Q. LA CALIDAD DE LA VIDA DEL PACIENTE DIABÉTICO. *REVISTA CUBANA DE MEDICINA GENERAL INTEGRAL*, 16(1):50-56, 2000.

KELLEY, D.E.; GOODPASTER, B.H. EFFECTS OF EXERCISE ON GLUCOSE HOMEOSTASIS IN TYPE 2 DIABETES MELLITUS. *MED SCI SPORTS EXERC*, 33(6):S495-S501, 2001.

MACEDO, C.S. BENEFÍCIOS DO EXERCÍCIO NO MANEJO DE PACIENTES DIABÉTICOS. *REVISTA DE DIABETES CLÍNICA*, 7(5):367-72, 2003.

MATSUDO, S.M.M. *AValiação do Idoso – Física e Funcional*. LONDRINA: MIDIOGRAF. 2000.

MERCURI, N.; ARRECHEA, V. ATIVIDADE FÍSICA E DIABETES MELLITUS. *DIABETES CLÍNICA*, 4:347-349, 2001.

MINAYO, M.C.S.; HARTZ, Z.M.A.; BUSS, P.M. QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE: UM DEBATE NECESSÁRIO. *CIÊNCIA & SAÚDE COLETIVA*, 5(01), 2000.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE, DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA E PROMOÇÃO À SAÚDE. COORDENAÇÃO DE DOENÇAS CRÔNICO-DEGENERATIVAS. *MANUAL DE DIABETES*. 1993.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). SECRETARIA DE POLÍTICAS PÚBLICAS. PLANO DE REORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À HIPERTENSÃO ARTERIAL E AO DIABETES MELLITUS. *REVISTA DE SAÚDE PÚBLICA*, 35(6):111-21, 2001.

MOTTA, D.G.; CAVALCANTI, M.L.F. DIABETES MELLITUS TIPO 2, DIETA E QUALIDADE DE VIDA. *SAÚDE EM REVISTA*, 1(2):17-24, 1999.

NAHAS, M.V. *ATIVIDADE FÍSICA, SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA*. LONDRINA: MIDIOGRAF. 2001.

NALIATO, E.C.O; ZAGURY, A. DIABETES MELLITUS E TERCEIRA IDADE. *REVISTA DE DIABETES CLÍNICA*. 2(2):74-79, 1998.

POUSADA, J.M.D.C.; BRITTO, M.M.S. TRATAMENTO DO DIABETES MELLITUS TIPO I. IN:TRATADO DE ENDOCRINOLOGIA E METABIOLOGIA E CIRURGIA ENDÓCRINA, 935-8, 2001.

PUPO, A.A.; URSICH, M.J.M.; ROCHA, D.M. ESTRATÉGIA DO TRATAMENTO DO DIABETES. *REVISTA DA ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA*, 32(11-12):208-12, 1986.

RIKLI, R.; JONES, J. DEVELOPMENT AND VALIDATION OF A FUNCTIONAL FITNESS TEST FOR COMMUNITY-RESIDING OLDER ADULTS. *JOURNAL OF AGING AND PHYSICAL ACTIVITY*, 7:129-61, 1999.

SAMPAIO, J.R.; GOULART, Í.B. *QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO: UMA EXPERIÊNCIA DE EMPRESAS BRASILEIRAS*. IN: QUALIDADE DE VIDA; SAÚDE MENTAL E PSICOLOGIA SOCIAL: ESTUDOS CONTEMPORÂNEOS II. (ORGANIZADOR) JADER DOS REIS SAMPAIO – SÃO PAULO: CASA DO PSICÓLOGO, 1999.

SHAPIRO, S.S.; WILK, M.B. AN ANALYSIS OF VARIANCE TEST FOR NORMALITY. *BIOMÉTRICA*, 52:3-4, 1965.

SIEGEL, S. *ESTATÍSTICA NÃO-PARAMÉTRICA, PARA AS CIÊNCIAS DO COMPORTAMENTO*. MCGRAW-HILL DO BRASIL. SÃO PAULO, 1975.

VIVOLO, M.A.; FERREIRA, S.R.G.; HIDAL, J.T. EXERCÍCIO FÍSICO E DIABETE MELITO. *REVISTA DA SOCIEDADE DE CARDIOLOGIA DO ESTADO DE SÃO PAULO*, 1:102-10, 1996.

WHITE, R.D.; SHERMAN, C. EXERCISE IN DIABETES MANAGEMENT. *THE PHYSICIAN AND SPORTS MEDICINE*, 4(27):14-7, 1999.

WHOQOL GROUP 1995. *THE WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE ASSESSMENT (WHOQOL) : POSITION PAPER FROM THE THE WORLD HEALTH ORGANIZATION. SOCIAL SCIENCE AND MEDICINE*, 41(10): 1403-1409, 1995.





**Políticas públicas de lazer e
qualidade de vida:
a contribuição do conceito de cultura
para pensar as políticas de lazer**



MARCO ANTÔNIO BETTINE DE ALMEIDA¹

GUSTAVO LUIS GUTIERREZ²

Introdução

Este artigo procura desenvolver uma reflexão a respeito das políticas públicas de lazer a partir da discussão atual sobre cultura, principalmente no que diz respeito à sua percepção enquanto cultura de massas, cultura popular e cultura erudita. A proposta de análise, embora rica de consequências e sugestões, é evidentemente muito ampla, o que nos levou a ter que tratar questões muito complexas de forma rápida. Acreditamos, contudo, importante e urgente desenvolver esta relação entre lazer e cultura, no sentido de cons-

¹ Doutorando do Programa de Pós-Graduação, Linha de Pesquisa de Políticas Públicas de Lazer da Faculdade de Educação Física - UNICAMP.

² Professor do Departamento de Estudos do Lazer da Faculdade de Educação Física-UNICAMP.



truir pontes e aproximações úteis para a reflexão a respeito de qualidade de vida e políticas públicas.

Como procuramos apontar num texto anterior (Gutierrez, 2004), a qualidade de vida constitui-se enquanto objeto de pesquisa de forte vocação multidisciplinar. Isto significa dizer que vamos encontrar no seu interior a soma das dificuldades metodológicas, teóricas e políticas dos diferentes campos de estudo que contribuem para a sua formação. Neste sentido, continuamos acreditando que, apesar das diferentes concepções de qualidade de vida, é fundamental ter presente na análise a importância da sua dimensão política, compreendida enquanto a expectativa de melhoria e transformação das condições concreta de existência das pessoas.

Finalmente, cabe colocar que o texto a seguir procura traçar uma síntese das relações entre cultura e lazer, desde a perspectiva da inserção no campo das políticas, procurando contribuir para desenvolver e aprofundar uma reflexão abrangente a respeito das diferentes dimensões que influenciam as condições de sobrevivência das pessoas e a sua qualidade de vida.

Definindo cultura

O termo cultura tem dois significados básicos. O primeiro indica o conjunto dos modos de viver e pensar definidos como civilização, ou seja, a cultura entendida como a construção de uma totalidade através das tradições, técnicas, instituições, derivadas de um sistema histórico, parte integrante e indissociável do armazém do saber partilhado por uma determinada comunidade. A construção deste sentido operou-se no séc. XVIII por obra da filosofia iluminista. Outro significado de cultura, trazido da tradição grega, que designa a formação do homem enquanto agente consciente, referindo-se ao homem como ser uno à procura do auto-conhecimento e em



estreita relação com as artes e ofícios. Tendo-se tornado praticamente sinônimo de civilização, o termo hoje designa o conjunto das tradições, técnicas, instituições que caracterizam um grupo humano: a cultura compreendida desta maneira é normativa e adquirida pelo indivíduo, desde a infância. Neste sentido, cultura é uma palavra que se aplica tanto a uma comunidade desenvolvida do ponto de vista técnico ou econômico, como às formas de vida social mais rústicas e primitivas. Estamos pensando portanto *“a cultura... tratada como sistema simbólico, pelo isolamento dos seus elementos, especificando as relações internas entre esses elementos e passando então a caracterizar todo o sistema de uma forma geral – de acordo com os símbolos básicos em torno dos quais ela é organizada, as estruturas subordinadas das quais é uma expressão superficial, ou os princípios ideológicos nos quais ela se baseia.”* (Geertz, 1989, p.27). Bourdieu, por sua vez, sustenta que a percepção do mundo social implica um ato de construção coletiva, comportando-se e operando-se, na prática cotidiana, através da representação explícita e da expressão verbal. (Bourdieu, 1989, p.140).

O significado de cultura mais antigo designa o melhorar e refinar da formação humana, que corresponde ainda hoje ao que os gregos chamavam Paidéia e que os Latinos indicavam pela palavra *humanitas*: a educação do homem como tal, isto é, a educação devida àquelas “boas artes” próprias do homem e que o diferenciam de todos os outros animais. A cultura para os gregos é a procura e a realização que o homem faz de si. O homem só pode realizar-se como tal através do conhecimento de si mesmo e do seu mundo e, portanto, mediante a pesquisa da verdade em todos os domínios que lhe interessam.

A cultura, no sentido mais amplo, integra-se em diferentes mecanismos de ação que perpassam o universo simbólico no qual o agente vive, onde o corpo é o primeiro filtro da percepção seja através dos sentidos, ou compreendida como



experiências. Na formação do universo cultural, têm-se diferentes níveis de compreensão nas formas de aprendizado, sociabilização e influência do meio ambiente. Ao mesmo tempo que a definição de cultura, sinônimo de civilização, é empregada na tradição iluminista, também podemos sintetizá-la pela busca individual de elementos cotidianos para a formação do homem enquanto agente histórico, neste sentido que Elias aponta para uma idéia de civilização representada por uma coletividade que define certos padrões, mas que inserido nesta totalidade o indivíduo procura na sua cultura formas múltiplas de relacionamento no pensar e agir (Elias, 1984, p.68). Podemos, assim, apontar diferentes dimensões da cultura, como a cultura erudita que é transmitida na escola e sancionada pelas instituições; a cultura criada pelo povo (popular), que articula uma concepção do mundo em contraposição aos esquemas oficiais; a cultura de massa que reflete um sistema industrial em desenvolvimento e que tem base no fetiche, na mercantilização das relações e o no consumo.

Alguns teóricos da cultura, como Bosi (1986), atentam para o caráter dominante da cultura de massa. Nesta interpretação, a partir de leituras de Adorno e Horkheimer (1986), a crise da cultura popular leva à concepção de cultura de massa, sendo uma nova era para a cultura popular: *“claramente não folclórica; abertamente organizada por empresários da indústria do lazer; fortemente estruturada em função de um certo público-massa e necessariamente distinta das experiências da ‘alta cultura’.”* (Bosi, 1986, p.73).

Além dele, outros autores (Morin, Adorno, Benjamim) acusam a cultura de massa de não ser cultura mas indústria, de não ser orgânica mas exterior e manipuladora da inteligência e sensibilidade. Morin aborda esta perda de sensibilidade denominando-a “segunda industrialização”, a ser a industrialização do espírito (Morin, 1997). *“É esse o caso daquilo*

que pode ser considerado uma Terceira Cultura, oriunda da imprensa, do cinema, do rádio, da televisão, que surge, desenvolve-se, projeta-se, ao lado das culturas clássicas e nacionais.” (Morin, 1997, p.14).

O consumo da cultura de massa confunde-se com a concepção do lazer moderno. O lazer moderno não é apenas o acesso democrático a um tempo livre que antes era o privilégio das classes dominantes. A fabricação em série e a venda a crédito abrem as portas para os bens industriais, para a limpeza do lar com aparelhos eletrodomésticos, para fins-de-semana motorizados. É então possível começar a participar da civilização do bem-estar, e essa participação embrionária no consumo significa que o lazer não é mais apenas o vazio do repouso e da recuperação física e nervosa, não é mais a participação coletiva na festa, não é tanto a participação nas atividades familiares. Ele é, progressivamente, a possibilidade de ter uma vida consumidora (Morin, 1997).

Definindo lazer

Dumazedier (1979) define lazer como o conjunto de ações escolhidas pelo sujeito para diversão, recreação e entretenimento. Num processo pessoal de desenvolvimento, tem caráter voluntário e é contraponto ao trabalho urbano-industrial. É interessante notar que, para Morin (1997), o lazer moderno é o acesso ao tempo livre, privilégio este no passado das classes dominantes (desde a tradição grega de ócio), vincula-se ao tempo industrial e possui como principal característica o repouso e recuperação do trabalho. Outro autor que se apoia na dicotomia lazer-trabalho para definir lazer é Magnani (2000), apontando o interesse como principal característica do lazer, após libertar-se das obrigações impostas pelo trabalho profissional. Elias e Dunning (1992), por sua vez e afastando-se da tradição dicotômica, entendem o lazer como um tipo de atividade que se insere no tempo livre e colocam o



indivíduo (em vez da classe social ou do grupo de referência) como principal objeto de pesquisa, enquanto sujeito social que pode dotar de sentido a atividade e aproximá-la da busca da excitação ou do prazer, definido enquanto a busca de um descontrolo medido ou ainda um descontrolo controlado. Neste caso, o lazer apesar de trabalhar no limite do descontrolo, está intimamente ligado às dimensões sociais para cada situação como, por exemplo, no estádio de futebol onde são permitidos xingamentos e atitudes não convencionais (Elias e Dunning, 1992, p.112). Outro trabalho sobre do lazer que procura afastar-se da dicotomia lazer/trabalho é Gutierrez (2000), onde o lazer é caracterizado como a busca do prazer, entendendo prazer enquanto construção histórica inserida numa sociedade determinada

Uma outra alternativa para pensar o lazer consiste em destacar a questão da busca do prazer enquanto elemento fundamental que o distingue das demais manifestações sociais. Não haveria assim nenhuma forma de lazer que não incluía a expectativa futura de auferir algum nível de prazer, independente do fato da expectativa vir a ter sucesso ou não, e definindo prazer enquanto elemento essencialmente humano, característico da formação da personalidade e que pode ser percebido em qualquer meio social organizado, desde uma perspectiva histórica (Gutierrez, 2000, p.103). Uma exposição mais ampla a respeito das diferentes definições de lazer já foi desenvolvida num trabalho anterior e não cabe aqui retomá-la (Almeida, 2003).

Ampliação da categoria lazer confrontada com a idéia de cultura

A cultura e o lazer possuem uma íntima relação. Muitas das atividades designadas lazer passam por manifestações de cultura. Os jogos, as brincadeiras, as expressões artís-



ticas são lazeres e fazem parte da herança cultural de cada comunidade. Algumas apropriações teóricas do lazer em diferentes conteúdos (Dumazedier, 1979) podem fracionar a cultura em segmentos estanques, perdendo a sua riqueza intrínseca da sua multiplicidade, antagonismo e renovação. Procurando não segmentar nem a idéia de lazer, e nem tampouco a de cultura, trabalharemos a sua relação como definida pela totalidade das tradições, técnicas e instituições derivadas de um sistema histórico, parte integrante e indissociável do saber partilhado por determinada comunidade. Apesar deste conceito explicitar uma totalidade, deve-se ter o cuidado de evitar reviver a ditadura de uma concepção de “cultura” abstrata, mas percebida numa realidade concreta enquanto cultura de massas, cultura popular e cultura erudita.

A cultura de massa, que também pode ser compreendida enquanto indústria cultural, constituiu-se após a revolução industrial (Morin, 1997), principalmente pelo desenvolvimento da tecnologia e a transformação dos meios de produção. Estudiosos deste período, como Benjamin (1994), Adorno e Horkheimer (1986), discutiram a influência da indústria cultural no cotidiano da sociedade industrial, apontando para seu caráter dominador e ideológico, principalmente pela criação de mecanismos de difusão em massa, como é o caso do rádio, da fotografia, cinema e televisão. Neste caso a arte, que anteriormente se expressava no seio da cultura popular e erudita, agora divulga a rapidez e o consumo. Os meios de comunicação terminam por substituir outras formas de expressão não consumistas, isto é, apresentam-se enquanto mercadoria, e disseminando hábitos e costumes, e moldando relações interpessoais (Corbin, 1995).

Estes processos de substituição foram construídos para desenvolver o consumo e expandir o novo sistema de produção, num processo de padronização da vida burguesa enquanto modelo último a ser seguido, atingindo diretamente as for-



mas de lazer já que o seu consumo ocorre necessariamente no tempo não produtivo. No lazer ocorrem os dois processos apontados anteriormente, (a) a mecanização do lazer através da incorporação da tecnologia e (b) a substituição da busca de um prazer não-consumista por uma necessidade de consumo, por meio da ideologização. Nesta perspectiva de análise a cultura de massa, pelo processo de substituição e ideologização, pode ser percebida subordinando todas as outras expressões em prol do consumo, delimitado e esmagando os dois campos: cultura erudita (caracterizada pelo autoconhecimento) e cultura popular (caracterizada pela sociabilidade espontânea), para constituir-se enquanto campo hegemônico. Com o desenvolvimento da sociedade contemporânea, a indústria cultural confunde-se com o lazer ao ponto de serem usados como sinônimos, o que leva a um afastamento ainda maior das suas manifestações não consumistas. O uso da televisão é lazer, como o cinema, a música pop, a dança de salão ou a fotografia. Entre as formas mais recentes vamos encontrar os parques temáticos, que nestes últimos dez anos tem se desenvolvido em grande escala no cenário brasileiro, sendo uma das expressões mais fortes do lazer de consumo e do uso da tecnologia no lazer.

De modo geral a cultura de massa não é definida pelo acesso, mas pelo fetiche (vontade) em torno dela, isto é, o número de pessoas que podem ter tal lazer não define o seu caráter consumista, mas sim a vontade de ter. Por exemplo, a televisão é cultura de massa por excelência. Tendo em vista a televisão, cultura de massas por excelência, pode-se perceber que a indústria cultural não depende somente do poder aquisitivo, mas é parte também da formação de necessidades, construídas pelo sistema de produção, caracterizada por um contexto histórico particular. A ideologia desta necessidade tem como objetivo principal a valorização de padrões de comportamento determinados, através da criação e reprodução de



uma vontade de aquisição de bens materiais e simbólicos. Segundo Bosi (1986) a cultura de massa tenta suplantar os valores da cultura popular, substitui a integração do indivíduo à cultura, transformando-o em mero espectador ou consumidor. A indústria cultural desvaloriza o folclore, justamente para poder inserir-se como prática dominante e colonizar o popular com os valores burgueses, com o intuito de destruir todas as formas espontâneas que não tem como fim último o mercado. O lazer, guiado pelos cânones da indústria cultural, tem uma forte presença do individualismo e do consumo (Morin, 1997), a sua construção gira em torno da necessidade, da busca do prazer e do relacionamento com o outro através dos bens de consumo. Apesar de estar totalmente incorporado no cotidiano, este valor pode ser revisto, pois existem formas de preservação do popular e do erudito como veremos a seguir.

O termo cultura popular, por sua vez, remete-se às manifestações coletivas, geralmente no espaço não-urbano. Ao pensar a cultura popular, o folclore e os ritos antigos são os primeiros a serem lembrados. Esta alusão do popular e rural está presente na própria constituição do capitalismo, já que a exploração da terra o êxodo rural são características da formação do proletário urbano (Fernandes, 1998). O processo de apropriação da cultura popular pela de massas é complexo e incorpora aspectos como, a perda de identidade, o afastamento dos símbolos sagrados coletivos, a destruição de uma moral campesina e o patriarcalismo. Como analisado na primeira parte deste artigo, assumimos a cultura no sentido semiótico de re-apropriação e re-significação temporal, historicamente determinada. Neste sentido, a cultura popular parece viver, desde a constituição da sociedade moderna uma luta diária com a indústria cultural, procurando incorporar a tecnologia e reconvertê-la enquanto instrumento de uma sociabilidade espontânea ou autêntica. No caso do lazer, particularmente, vive-se a dualidade entre as novas tecnologias do lazer e a



ideologia do consumo onde o lazer popular pode ser percebido enquanto espaço de resistência da doutrinação puramente consumista, tendo como exemplos as festas típicas e os jogos e brincadeiras como pião, botão, capoeira, taco, cinco marias e todas aquelas que nascem de uma forma coletiva e de interação entre os pares, diferentemente dos brinquedos eletrônicos que vêm prontos ou do uso da Internet dentro de casa. A cultura popular tem como principal característica a sociabilidade, enquanto estas atividades são voltadas a exacerbação do individualismo e disseminadas enquanto mercadorias

Todas as práticas ligadas a este contexto coletivo são exemplos da cultura popular e o seu caráter de troca as tornam mais importante. Como descrito por Bosi (1986), a indústria cultural tenta suplantiar a cultura popular. Segundo Habermas (1987), por exemplo, sempre existirão tentativas de exterminar a cultura popular, para incutir cada vez mais os valores de consumo. A incorporação do popular pelo mercado é infinito, segundo Habermas, já que a própria indústria cultural nasce do mundo da vida, posteriormente desvincula-se da cultura popular através da sua complexificação sistêmica, passando a colonizá-la. Este processo é definido por Habermas como formação e apropriação do sistema através da colonização do mundo da vida. Para Habermas o mundo da vida é a base das relações humanas e toda nova forma de vida tem como base essa relação orgânica e social. A cultura, neste sentido, é o armazém do saber humano (Habermas, 1987). Deste modo, as festas típicas, como a Junina, Cosme e Damião e dias Santos podem ser vistas lutando para manterem a tradição e não sucumbirem à indústria cultural. A cultura popular é re-apropriada, re-significada e re-construída numa evolução da própria construção social. Neste sentido o lazer definido aqui como popular não é aquele que permanece inalterado pelo tempo, mas o que preserva e incentiva a socialização espontânea e a formação coletiva de identidade do grupo. Esta



dimensão parece ser a característica fundamental da cultura popular.

Assim as práticas de lazer populares como os jogos que pulsam nos morros, ou as brincadeiras de rua urbana, ou as festas rurais populares, são formas de lazer que representam as práticas coletivas de convivência e símbolos de uma comunidade, um apelo ao passado e uma forma de resistência à generalização da tecnologia e do consumismo.

A cultura erudita não pode ser encarada como valorização do aristocrático, ou ligada, literalmente, ao poder aquisitivo, porém é verdade que, de uma forma geral, sua existência depende da atenção prévia das necessidades materiais básicas. A cultura erudita não é uma cultura de massas, pelo contrário, a concepção de um consumismo exacerbado afasta-se da cultura erudita (Bosi, 1986), pois o erudito tem um caráter de descobrimento do belo e de autoconhecimento. Ela tem como pressuposto o deleite com a arte, da sacra à moderna, do renascimento à reforma, da iluminista à barroca, do surrealismo ao romântico, enfim da arte enquanto uma linguagem distinta, que necessita uma educação específica para seu deleite e contemplação. O próprio termo contemplação afasta-se do “tempo é dinheiro” capitalista. Essa outra linguagem, que representa a arte, difere de uma leitura mecânica da sociedade, traz-nos um olhar peculiar dos períodos históricos expressando as características de um povo, de um grupo e de cada contexto específico.

Mas aqui, da mesma forma que no caso anterior, é preciso tomar cuidado com definições simples ou principistas. O cinema por exemplo, mesmo resultado do desenvolvimento industrial, não pode ser considerado manifestação exclusiva da cultura de massas, correndo o risco de apresentar um ideal de erudito passadista, pensando a arte erudita como classicismo e que uma arte erudita jamais poderá ser feita em interface com as máquinas contemporâneas. Este pensamen-



to apresenta a cultura de forma estática e esquece a possibilidade de re-significação de toda manifestação humana. A arte é um veículo de contestação social, como por exemplo o Cinema Novo brasileiro da década de 60 e 70 e o surrealismo. A cultura erudita pode representar a contestação ao sistema e a sua própria contradição, ser ao mesmo tempo fruto do capitalismo e sua crítica. Por conseguinte, como acontece com a cultura popular, a cultura erudita também é re-significada, utilizando de novas técnicas e tecnologias para se expressar. O cinema, que é um cânone da indústria cultural, também pode surgir como manifestação de uma cultura erudita, nos termos aqui desenvolvidos.

A contemplação da arte é lazer. Apesar da cultura erudita e do lazer se afastarem, devido ao conceito lazer colar-se à indústria cultural, pode-se tentar aproximá-lo do erudito para construir um contraponto à cultura de massa. Subvencionada pelo Estado, a arte erudita representada pelos museus, apresentações das orquestras clássicas, bibliotecas de acesso gratuito são pouco procuradas já que dependem de um desenvolvimento educacional complexo e de longa maturação. O desinteresse por parte de setores da população, decorrente de problemas estruturais no campo educacional, leva a uma menor atenção pelo Estado, desvalorizando e tornando mais difícil o surgimento e divulgação de novos artistas e novas tendências eruditas, numa espécie de círculo vicioso.

Em resumo, como tentaremos desenvolver no Quadro I, a seguir, o lazer erudito pode ser caracterizado pela valorização do indivíduo, sensibilidade e autoconhecimento. Na cultura popular há a valorização do indivíduo enquanto grupo e também da sensibilidade, contudo este conhecer-se não figura como principal característica. Na indústria cultural esta sensibilidade é totalmente disparatada, quase um clichê, a valorização extremada do indivíduo leva ao individualismo e

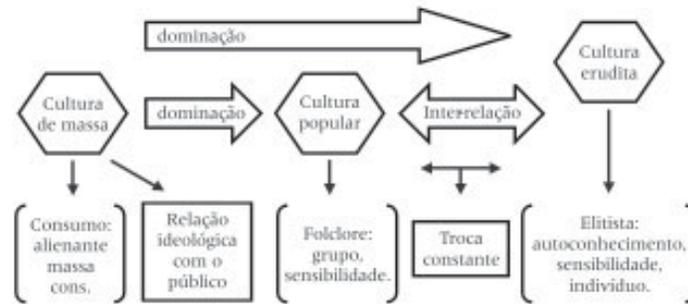
o autoconhecimento pode levar à aniquilação dos princípios de consumo, porisso não existe.

Quadro I: Características do lazer no campo de atuação

Características do lazer	Erudito	Massa	Popular
Atributos sociais valorizados	Autoconhecimento Individualidade Subjetivismo	Alienação Individualismo Fetiche	Familiaridade Coletivismo Intersubjetivismo
Relação com as políticas públicas	Precária e sem incentivo.	Garimpo de votos Populista Consumista	Programas Federais sem apoio popular Populista
Relação com o lazer	Afastamento pelo elitismo	Quase sinônimo	Idéia de passadismo Nostalgia romântica
Dificuldade ao acesso	Educação Divulgação	Acesso aos bens materiais	Dominação da cultura urbano-industrial
Inserção social	Elitista	Dominação Hegemônica	Regionalista
Formas de expressão	Plural Seletiva Elitista	Mercadológica Alienante Massa consumidora	Patriarcal Coletivista Identidade nacional
Diálogo com outros campos	Aberto	Fechado	Aberto

As relações entre lazer e cultura, ou ainda a percepção das dimensões do lazer a partir da reflexão a respeito da cultura, permitem perceber a dominação (não absoluta) da indústria cultural, definida a aqui enquanto categoria próxima à cultura de massa, com relação à cultura popular e a cultura erudita, através da relação ideológica com o público, onde incentiva o consumismo e o individualismo. E a cultura popular, caracterizada pela sociabilidade espontânea, e a erudita caracterizada pelo autoconhecimento, apresentam um intercâmbio constante, ou pelo menos uma dimensão comum

enquanto resistência ou re-significação da indústria cultural, conforme procuramos ilustrar no Quadro II, que segue:



Políticas públicas de lazer: relação cultura/lazer

A discussão a respeito de políticas de lazer é muito diferente da discussão sobre o objeto de pesquisa lazer. Trata-se de uma transposição repleta de conseqüências. Enquanto a pesquisa teórica busca ampliar o conhecimento acumulado a respeito de um determinado assunto, a prática política busca a ampliação do poder dos agentes. Neste sentido, o investimento no lazer é uma opção política fraca, com relação a campos como educação saúde ou habitação. Pensar a política de lazer é praticamente sinônimo de pensar em formas de aumentar o peso da área dentro da constelação mais ampla de alternativas de investimento que se apresentam para os governantes, a partir da inserção num quadro nacional com forte influência das práticas clientelistas, onde governar muitas vezes confunde-se, ou até mesmo resume-se a distribuir verbas.

O primeiro aspecto que chama a atenção, a partir desta linha de raciocínio, é o caráter educativo das políticas públicas de lazer. O lazer, que antes era visto como delinqüência, ociosidade e desocupação, precisava vincular-se à ordem so-



cial (Sant'Anna, 1994). Associar as políticas públicas a esta ordem tendo no esporte o seu maior representante foi muito tranqüilo. Esta visão do lazer pode ser encontrada em gestões de diferentes prefeituras como Belo Horizonte (1999) e Rio Grande do Sul (Stigger, 1996), apropriando-se de discussões correntes da década de 70 e 80, como a preservação e transformação de áreas urbanas de forma a facilitar o acesso ao lazer (Requixa, 1980) e a educação pelo lazer e para o lazer, numa perspectiva de influência funcionalista, com o fim último de pensar o lazer como um eficiente instrumento de auxílio no vasto esquema educacional, que visualiza a promoção humana e o progresso da sociedade (Stigger, 1996). O lazer se potencializa na educação pelo lazer, isto é, ao colocar o caráter educativo, as atividades de lazer são explicáveis e justificáveis. Em outras palavras, o lazer apoia-se no processo pedagógico formal para fundamentar-se em algo maior e ter assim sua legitimação enquanto política pública. Outra alternativa de valorização do lazer passa por associá-lo ao controle da criminalidade (Nicholls, 1997). Trata-se então de um lazer funcionalista, que serve para minimizar os riscos sociais, fundamentado na concepção de que as ações ilícitas são provocadas por escolhas do indivíduo e não por problemas sociais mais gerais. O lazer é visto como integrante de um plano geral que vai eliminar a delinquência (Belo Horizonte. Prefeitura Municipal, 1999).

O lazer nas políticas públicas pode, também, dentro de um cenário de repressão política, surgir como um mecanismo de coerção às escondidas. Talvez hoje, muitos dos problemas relacionados aos usos do lazer sejam referentes à dificuldade em libertá-lo das morais autoritárias do militarismo (Sant'Anna, 2001). A filosofia desta ação prática, não é a de entender o lazer de uma forma mais humana, para compartilhar ações e unir pessoas enquanto um meio importante para uma tomada de consciência e mudança social.



A implementação de uma política de lazer dá-se no interior de um projeto político mais amplo e através de uma máquina de administração pública dominada, durante um período de tempo específico, por um partido político ou, ainda, por uma tendência integrante de um partido político. A expectativa do controle de verbas para serem distribuídas, mais a necessidade de lotear as diferentes secretarias entre os grupos que irão compor uma base parlamentar de apoio, leva a que as ações administrativas sejam executadas de uma forma não coordenada e independentes umas das outras, em função dos interesses específicos de cada grupo instalado na estrutura de poder. Assim, é extremamente difícil somar as propostas do campo do lazer com as de outras áreas como saúde, habitação, educação, etc, conforme procuramos apontar em outro texto (Gutierrez, 2001). O mesmo tipo de situação pode ser percebida com relação à área de cultura e os agentes culturais, levando muitas vezes ao aumento da importância dos conteúdos esportivos no interior das políticas de lazer, ou ainda à opção mais fácil de contratar, com verbas públicas, apresentações de representantes da indústria cultural, já que eles possuem a legitimação de serem conhecidos e sua presença desejada por grande parte da população.

A política pública de lazer, como qualquer outro setor, deve ter uma postura crítica e articular-se, compartilhando objetivos e recursos, além de adotar como critérios fundamentais o incentivo à sociabilidade espontânea e o desenvolvimento da sensibilidade e do autoconhecimento dos participantes. É neste sentido que procuramos aqui apontar a importância da pesquisa a respeito do objeto cultura e sua contribuição para pensar o lazer e as políticas de lazer.

Referências bibliográficas

ADORNO, THEODOR E HORCKEIMER, MAX. *DIALÉTICA DO ESCLARECIMENTO, INDÚSTRIA CULTURAL: O ESCLARECIMENTO COMO MISTIFICAÇÃO DAS MASSAS* (TRAD. GUIDO DE ALMEIDA), RIO DE JANEIRO, ZAHAR, 1986.

BELO HORIZONTE. PREFEITURA MUNICIPAL. SECRETARIA MUNICIPAL DE ESPORTES. *O LÚDICO E AS POLÍTICAS PÚBLICAS: REALIDADE E PERSPECTIVAS*. BH: PBH/SMES, 1999.

ALMEIDA, MARCO ANTÔNIO BETTINE. *LAZER E PRESÍDIO: CONTRIBUIÇÃO DA TEORIA DA AÇÃO COMUNICATIVA*. DISSERTAÇÃO DE MESTRADO, PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM LAZER DA FAC. DE EDUCAÇÃO FÍSICA DA UNICAMP. CAMPINAS, (SP), 2003.

BENJAMIN, WALTER. *MAGIA E TÉCNICA, ARTE E CULTURA: ENSAIOS SOBRE A LITERATURA E HISTÓRIA DA CULTURA* (TRAD. SERGIO PAULO ROUANET), SÃO PAULO, BRASILIENSE, 1994.

BOSI, ECLEA. *CULTURA DE MASSA E CULTURA POPULAR: LEITURAS OPERÁRIAS*. PETRÓPOLIS: VOZES, 1986.

BOURDIEU, PIERRE. *PODER SIMBÓLICO*. TRADUÇÃO DE TOMAZ BERTRAND. RIO DE JANEIRO: BRASIL, 1989.

CORBIN, ALAIN. *L'AVÈNEMENT DES LOISIR (1850-1960)*. PARIS: AUBIER, 1995.

DUMAZEDIER, JOFRE. *SOCIOLOGIA EMPÍRICA DO LAZER*. TRADUÇÃO: SILVIA MAZZA E J. GUINSBURG. SÃO PAULO: PERSPECTIVA: SESC, 1979.

ELIAS, NOBERT. *A SOCIEDADE DOS INDIVÍDUOS*. TRADUÇÃO: VERA RIBEIRO. RIO DE JANEIRO: ZAHAR, 1984.

ELIAS, NOBERT E DUNNING, ERICH. *MEMÓRIA E SOCIEDADE A BUSCA DA EXCITAÇÃO*. LISBOA: DIFEL, 1992.

FERNANDES, FLORESTAN. *O FOLCLORE DE UMA CIDADE EM MUDANÇA* IN OLIVEIRA, PAULO DE SALLES (ORG.). *METODOLOGIA DAS CIÊNCIAS HUMANAS*, SÃO PAULO, HUCITEC/UNESP, 1998.

GEERTZ, CLIFORD. *A INTERPRETAÇÃO DAS CULTURAS*. RIO DE JANEIRO: GUANABARA, 1989.

GUTIERREZ, GUSTAVO. *LAZER EXCLUSÃO SOCIAL E MILITÂNCIA POLÍTICA*. IN: IN: BRUHNS, H. E GUTIERREZ, G. (ORGS). *TEMAS SOBRE O LAZER*. CAMPINAS: AUTORES ASSOCIADOS, 2000.

_____. *LAZER E PRAZER QUESTÕES METODOLÓGICAS E ALTERNATIVAS POLÍTICAS*. SÃO PAULO: EDUSP, 2001.

_____. *ASPECTOS ORGANIZACIONAIS E LÚDICOS DA QUALIDADE DE VIDA: ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR*, IN GONÇALVES, AGUINALDO E VILARTA, ROBERTO, QUALIDADE DE VIDA E ATIVIDADE FÍSICA: EXPLORANDO TEORIAS E PRÁTICAS, BARUERI, SÃO PAULO, MANOLE, 2004.

HABERMAS, JÜRGEN. *TEORIA DE LA ACION COMUNICATIVA*. VERSIÓN CASTELLANA DE MANOEL JEMENEZ REDONDO. MADRI: TAURUS, 1987.
DE JANEIRO: TEMPO BRASILEIRO, 1989.

MAGNANI, JOSÉ. *LAZER UM CAMPO INTERDISCIPLINAR DE PESQUISA*. IN: BRUHNS, H. E GUTIERREZ, G. (ORGS.). O CORPO E LÚDICO: CICLO DE DEBATES LAZER E MOTRICIDADE. CAMPINAS: AUTORES ASSOCIADOS, 2000.

MORIN, EDGAR. *CULTURA DE MASSA NO SÉCULO XX: NEUROSE*. 9ª EDIÇÃO. RIO DE JANEIRO: FORENSE UNIVERSITÁRIA, 1997.

NICHOLLS, GEOFF. THE ROLE OF SPORT COUNSELING FOR UNEMPLOYED YOUNG PEOPLE ON PROBATION (23-26). IN: *WORLD LEISURE E RECREATION*. VOLUME 39. Nº 4. LEISURE MANAGEMENT UNIT, SHEFFIELD UNIVERSITY THE UK, 1997.

SANTÁNNA, DENISE. O PRAZER JUSTIFICADO: HISTÓRIA E LAZER (SÃO PAULO, 1969/1979). SÃO PAULO, MARCO ZERO/MTC-CNPQ, 1994.

_____. *CORPOS DE PASSAGEM*. SÃO PAULO: ESTAÇÃO LIBERDADE, 2001.

STIGGER, MARCO. *PARTICIPAÇÃO POPULAR NA GESTÃO ESPAÇO PÚBLICO DE LAZER: UM CAMINHO PERCORRÍVEL NA CONSTRUÇÃO DA UTOPIA DEMOCRÁTICA*. IN: MARCELLINO, N. (ORG). POLÍTICAS PÚBLICAS E SETORIAIS DE LAZER: O PAPEL DAS PREFEITURAS. CAMPINAS: AUTORES ASSOCIADOS, 1996.



Qualidade de vida e os estudos sobre políticas públicas de lazer



HERNÁN HOURCADE¹
GUSTAVO LUIS GUTIERREZ²

Introdução

Este artigo vai procurar apresentar uma reflexão a respeito de políticas públicas no campo do lazer, levando em consideração as contribuições atuais do debate sobre qualidade de vida. Para tanto, discute rapidamente a questão da definição de lazer, procura ilustrar a discussão a respeito de políticas públicas, e aponta as dificuldades inerentes à transformação deste debate teórico em ações concretas, que consigam provocar um impacto verdadeiro e positivo no cotidiano das pessoas, articuladas numa proposta mais ampla de melhoria de vida da população. Desde esta perspectiva, as políticas públicas de lazer têm o potencial de interferir na re-

¹ Professor de Educação Física, mestrando do Programa de Pós-graduação em Lazer da Faculdade de Educação Física da UNICAMP.

² Professor do Departamento de Estudos do Lazer da Faculdade de Educação Física da UNICAMP.



alidade social, minimizando alguns dos efeitos nocivos do ritmo e forma de vida mais característicos das sociedades atuais, não apenas como compensação ou remédio paliativo que ajuda a atenuar problemas, mas de uma maneira que leve também os cidadãos a uma reflexão crítica sobre os valores desta mesma sociedade.

Estaremos abordando aqui, portanto, como as pesquisas na área de lazer têm contribuído, e principalmente como podem vir a contribuir muito mais, para a formulação e implementação de políticas públicas que efetivamente possam auxiliar numa melhora da qualidade de vida da população, procurando não perder de vista a complexidade das diferentes áreas de pesquisa envolvidas no debate, assim como a contraposição de idéias dentro de cada campo.

Lazer e qualidade de vida

O conceito de qualidade de vida pode ser definido como “uma noção eminentemente humana que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental, e à própria estética existencial” (Minayo et al, 2000, p.7). É um objeto de pesquisa de clara natureza multidisciplinar, com todas as implicações daí decorrentes, e que já foram apontadas num texto anterior (Gutierrez, 2004). Sua aproximação com a reflexão a respeito das políticas públicas de lazer deve passar por duas premissas importantes, por um lado é evidente a importância da dimensão lúdica e das atividades de lazer para a satisfação pessoal e, por outro lado, é preciso ter presente que as políticas públicas de lazer não ocupam um lugar central entre as preocupações dos governantes, seja como proposta de campanha, seja como percentual de verbas a serem investidas frente às outras áreas como segurança, saúde, educação, infraestrutura etc.



A reflexão a respeito das políticas públicas de lazer, desde a perspectiva de seu impacto na qualidade de vida, acaba incorporando as dificuldades inerentes aos diferentes níveis de análise necessários, decorrentes das distintas áreas de pesquisa envolvidas. Neste caso, vem somar-se à própria concepção multidisciplinar da qualidade de vida a dificuldade com relação a uma definição consensual de lazer, e a sua articulação na realidade concreta através de ações administrativas decorrentes de políticas públicas, ou ainda ações articuladas no seio da sociedade e que atravessam de alguma forma a sua constituição política.

O tema lazer tem gerado amplas discussões no meio acadêmico. Inúmeros autores têm contribuído, tanto quantitativamente como qualitativamente, para a produção de trabalhos científicos e publicações a respeito nos últimos anos. Veronez (2001) lembra que isto revela uma mudança significativa no tratamento dado a esta questão, se comparado a uma situação anterior, onde o assunto era considerado menos importante para a compreensão da sociedade. Com relação às políticas públicas no campo, um dos primeiros problemas que surge é o caráter parcial e limitado de como se vê a questão do lazer. Segundo Marcellino (2001), existem duas correntes antagônicas em relação ao Lazer: uma que enxerga o lazer cada vez mais como mercadoria, como mero entretenimento a ser consumido, ajudando a suportar, ou a conviver, com uma sociedade injusta e de insatisfação crescente; outra que o vê como gerado historicamente na sociedade e que dela emerge, podendo na sua vivência gerar também no plano cultural valores questionadores da própria ordem estabelecida. Outros problemas presentes no âmbito das políticas públicas são as relações entre cultura e lazer, geralmente separados em secretarias distintas nas administrações municipais. Para Marcellino (2001), isso se deve ao fato da palavra cultura ser vista de maneira restrita às artes e espetáculos, enquanto ati-



vidades como esportes, jogos, artesanato, consideradas manifestações de lazer, não são denominadas como cultura embora efetivamente o sejam. Para o autor, todo o lazer é cultura.

Para efeito deste artigo, entendemos o lazer como uma zona privilegiada de existência humana onde cada pessoa pode, segundo suas possibilidades, seus gostos, talentos e aspirações, determinar o uso de seu tempo livre e inserir sua escolha de busca pessoal de prazer, de forma autônoma e espontânea através da prática das diversas manifestações culturais, como as artísticas, físico-esportivas, intelectuais, turísticas, etc, cuja finalidade está em si mesma e a partir das quais se estreitam laços de sociabilidade.

Políticas públicas

Bramante (1999) considera políticas como regras estabelecidas para governar funções e assegurar que elas sejam desempenhadas de acordo com os objetivos desejados, ou seja, políticas servem como guias para uma determinada ação. Já para Stigger (1998), a posição político-ideológica que norteia uma política pública é ponto fundamental, já que esta deverá estar inserida na concretização de todas as ações que vierem a ser adotadas. Segundo Fleury (2003), as políticas públicas, além do objetivo de melhorar a capacidade do poder público em dar respostas às demandas sociais, são muito mais que um simples instrumento para possibilitar o acesso a espaços ou serviços, devendo servir como um poderoso instrumento para forjar a sociedade que queremos criar, definindo as condições de inclusão de cidadãos na comunidade, ou seja, incentivando a cidadania.

Neste sentido, acreditamos que qualquer gestão pública democrática e preocupada em atender as necessidades sociais da população deve estar pautada em um princípio fundamental, que os cidadãos, sós ou agrupados em associações



representando a sociedade civil organizada, são e devem ser os principais atores de qualquer política pública. Isto implica em dizer que deve ser dado a eles a oportunidade de participação tanto na formulação das políticas, como na sua implementação, ou seja, como Marcellino (1996) propõe, a política pública deve ser sempre fruto da mais ampla participação dos habitantes da cidade.

Políticas públicas de lazer

Como já dissemos anteriormente as pesquisas sobre o lazer vêm aumentando consideravelmente nos últimos anos, principalmente no que diz respeito às políticas públicas. Todas essas discussões têm colaborado muito para mostrar e debater os problemas relativos às políticas de lazer na administração pública como, por exemplo, a crítica referente à escassez de formulação de políticas públicas diretas na área pelo Estado, restringindo-se apenas à criação de leis de incentivo fiscal e investimentos diretos em empreendimentos privados, resultando no crescimento do lazer como mercadoria de consumo e como entretenimento. Outro problema, citado por Marcellino (1996) e Bramante (1999), é o fato da política de lazer resumir-se a uma política de atividades, que na maioria das vezes acaba por constituir eventos isolados, e desconectados entre si, sem o devido planejamento e a necessária avaliação quantitativa e qualitativa de resultados. Isto é, serviços caracterizados por atividades que perpetuam o individualismo, a competição e a convivência em uma sociedade polarizada pelos desiguais, ao invés de uma vivência consciente onde seja valorizadas a solidariedade, a cooperação e a visão de uma sociedade mais justa. Segundo Veronez (2001), o fato do lazer não ser considerado, pelo poder público, uma prioridade que justifique uma efetiva ação de governo, pode decorrer da hierarquia de valores presentes na vida cotidiana da própria socie-



dade, que valoriza os interesses exclusivos do capital e não dá a mesma importância a outras questões sociais.

Mas as pesquisas também têm contribuído para mostrar experiências bem sucedidas e sugerir soluções, como as citadas por Marcellino (2001), onde ele coloca a necessidade de um trabalho integrado intersecretarias, ou seja, requer uma necessidade de interdisciplinaridade ou, pelo menos, de pluridisciplinaridade, uma vez que o lazer está ligado à educação, à saúde, à habitação, ao transporte, ao serviço social. Esta mesma questão já foi desenvolvida em um texto anterior (Gutierrez, 2001), onde se propõe um modelo matricial para a gestão das políticas de lazer, no qual seriam desenvolvidos projetos em conjunto com os outros setores da administração pública, por meio de uma coordenação múltipla ou de uma gerência específica para cada projeto.

Sobre os objetivos a serem alcançados pelas políticas públicas de lazer, Santovito (1988) cita a melhoria da qualidade de vida, pressupondo a adoção de uma visão humanística do fenômeno urbano, onde a cidade é o “habitat”, o lugar em que o homem vive e aspira também o lazer. Prevê ainda a ordenação e ocupação do território, bem como a localização estratégica dos equipamentos de lazer para que sirva de estímulo à sua utilização. Para Bonalume (2001), o lazer, como parte da educação em geral e espaço de aprendizagem social, são princípios básicos nos quais as políticas públicas devem se nortear. A política pública de lazer, como qualquer outro setor, deve ter uma postura crítica e articular-se, compartilhando objetivos e recursos, além de adotar como critérios fundamentais o incentivo à sociabilidade espontânea e o desenvolvimento da sensibilidade e do autoconhecimento dos participantes (Gutierrez, 2001). Enfim, podemos dizer que o lazer, publicamente oferecido, deve atender às reais necessidades de cada comunidade e estar centrado nos benefícios humanos e sociais correspondentes, segundo os critérios de utilidade



social, recursos disponíveis e oferta de serviços. E seu objetivo primeiro deve ser o de aumentar a gama de possibilidades de um lazer de qualidade, acessível e adaptado às realidades de cada grupo social.

Políticas públicas de lazer - implementação

Apesar da contribuição inegável destas discussões, quando o assunto tratado refere-se à implementação de políticas públicas de lazer, a situação se torna um tanto preocupante. Ainda é incipiente na nossa área estudos que abordem esta questão e a não fixação e implementação de políticas sérias significam a ausência de contraponto aos desmandos do lazer mercador colocado no “mercado” pela esmagadora maioria da indústria cultural (Marcellino, 2001). Silva & Melo (2000) propõem que os estudos de políticas públicas, programas e projetos, devem focar de forma privilegiada o processo de implementação, já que este tem sido entendido como uma das dimensões cruciais, senão a variável central, para a explicação do insucesso dos governos em atingir os objetivos estabelecidos pelas políticas públicas.

Os profissionais do lazer que atuam nas gestões municipais sentem falta de pesquisas e reflexões mais profundas e críticas acerca da etapa posterior à formulação de políticas públicas, ou seja, sobre as questões relativas à implementação destas como, por exemplo, a discussão e o levantamento de sugestões que auxiliem na elaboração de ações sociais bem formuladas, objetivos e atividades bem definidas e, principalmente, gerenciadas de forma eficaz. Isto ficou evidente no Primeiro Encontro de Gestores Públicos em Recreação e Lazer, realizado no XV ENAREL em Santo André no ano de 2003, onde o grupo temático - Administração e Gestão Pública do Lazer – foi muito concorrido. Neste grupo, o assunto discutido foi justamente a implementação das políticas públicas. Neste



sentido, têm sido proposta uma alternativa que se denominou administração pública gerencial. Seus defensores acreditam que pode dar respostas às novas características do mundo atual e opor-se à administração burocrática tal como é praticada no setor público. Tal racionalidade é resumida por Osborne e Gaebler (Vergara 2003) nos seguintes termos: *estabelecimento de competição entre os que prestam serviço ao público; transferência de poder aos cidadãos; medição dos resultados; orientação para missão e objetivos; redefinição dos usuários como clientes; prevenção dos problemas; formação de parcerias com o setor privado e com as organizações voluntárias*. Bramante (1999), por sua vez, sugere que uma política de atuação neste campo, além da ampliação do tempo disponível das pessoas, do desenvolvimento de espaços apropriados e da orientação adequada através de animadores sócio-culturais, seja consubstanciada por meio de um conjunto de ações cuidadosamente articuladas em termos de periodicidade, grupo-alvo, natureza da experiência, diversidade de locais, entre outros fatores.

Enfim, para que uma gestão pública de lazer possa realmente atender aos anseios da população, incentivar a sociabilidade e permitir o desenvolvimento de uma plena cidadania de seus participantes, os pesquisadores da área devem estar atentos não só às questões referentes à formulação das políticas públicas, mas também às questões referentes à sua implementação. Não estamos querendo dizer com isto que as pesquisas devam fornecer fórmulas ou receitas prontas de modelos de gestão, mas sim fornecer subsídios para que os gestores e todos os sujeitos envolvidos no processo, após a formulação de uma política coerente com as reais necessidades de cada comunidade, possam implementá-la com sucesso e alcançar o objetivo principal que é oferecer a todos os cidadãos a possibilidade de uma melhor qualidade de vida através de prática de atividades de lazer.

Observações finais

Como foi colocado no início, acreditamos que não há dúvidas a respeito da importância da dimensão lúdica e das atividades de lazer com relação à melhoria da qualidade de vida das pessoas. A sua transformação em ações de políticas públicas, contudo, é bastante complexa, não só em função da discussão a respeito da definição de lazer, mas também por que se trata de uma área específica que concorre por espaço e verbas no contexto da definição mais ampla de um projeto político, partidário ou pessoal, seja em nível municipal, estadual ou federal. A sua compreensão, assim como o desenvolvimento futuro da pesquisa no campo, deve portanto passar pela própria definição de qualidade de vida, incorporando o debate a respeito do objeto lazer e sua articulação no campo das políticas públicas, a partir de uma perspectiva multidisciplinar onde seja considerado o confronto entre as diferentes teorias e perspectivas de análise.

Referências bibliográficas

BONALUME, C.R. *DIRETRIZES NORTEADORAS DE UM PROGRAMA DE DESCENTRALIZAÇÃO E DEMOCRATIZAÇÃO DO LAZER – A EXPERIÊNCIA DE CAXIAS DO SUL*. IN: MARCELLINO, N.C. (ORG). LAZER E ESPORTE: POLÍTICAS PÚBLICAS. CAMPINAS: EDITORA AUTORES ASSOCIADOS, 2001.

BRAMANTE, A. C. FORMULAÇÃO DE UMA POLÍTICA SETORIAL DE LAZER: AVALIAÇÃO CONTEXTUAL DO DISTRITO FEDERAL. *REVISTA CONEXÕES*. VOL.1, N.2, 1999.

FLEURY, S. *POLÍTICAS SOCIAIS E DEMOCRATIZAÇÃO DO PODER LOCAL*. IN: VERGARA S.C. (ORG) PROPOSTAS PARA UMA GESTÃO PÚBLICA MUNICIPAL EFETIVA. RIO DE JANEIRO: EDITORA FGV, 2003.

GUTIERREZ, G. L. *LAZER E PRAZER: QUESTÕES METODOLÓGICAS E ALTERNATIVAS POLÍTICAS*. CAMPINAS: EDITORA AUTORES ASSOCIADOS, 2001

GUTIERREZ, G.L. *ASPECTOS ORGANIZACIONAIS E LÚDICOS DA QUALIDADE DE VIDA: ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR*, IN GONÇALVES, AGUINALDO E VILARTA, ROBERTO (ORGS.), QUALIDADE DE VIDA E ATIVIDADE FÍSICA: EXPLORANDO TEORIA E PRÁTICA, BARUERI – S.P., 2004.

MARCELLINO, N. C. *POLÍTICAS PÚBLICAS SETORIAIS DE LAZER*. CAMPINAS: AUTORES ASSOCIADOS, 1996.

MARCELLINO, N.C. POLÍTICAS DE LAZER – MERCADORES OU EDUCADORES? OS CÍNICOS BOBOS DA CORTE. IN: MARCELLINO, N.C. (ORG). *LAZER E ESPORTE: POLÍTICAS PÚBLICAS*. CAMPINAS: EDITORA AUTORES ASSOCIADOS, 2001.

MINAYO, M. C. S., HARTZ, Z. M. e BUSS, P. M. “QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE COLETIVA: UM DEBATE NECESSÁRIO”, *CIÊNCIA E SAÚDE COLETIVA*, 5(1):7-18, RIO DE JANEIRO, ABRASCO/FIOCRUZ, 2000.

SANTOVITO, T. C. *A EFICÁCIA DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA FRENTE AO LAZER: O CASO DE SÃO PAULO*. DISSERTAÇÃO DE MESTRADO – ESCOLA DE COMUNICAÇÕES E ARTES DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. SÃO PAULO, 1988.

SILVA, P.L.B. & MELO DE, M.A.B. *O PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS NO BRASIL: CARACTERÍSTICAS E DETERMINANTES DA AVALIAÇÃO DE PROGRAMAS*. CAMPINAS: CADERNO Nº 48 DO NÚCLEO DE ESTUDOS DE POLÍTICAS PÚBLICAS – UNICAMP, 2000.

STIGGER, M. P. POLÍTICAS SOCIAIS EM LAZER, ESPORTES E PARTICIPAÇÃO: UMA QUESTÃO DE ACESSO E DE PODER; OU SUBSÍDIOS PARA TOMAR UMA POSIÇÃO FRENTE À PERGUNTA: SÃO AS POLÍTICAS PÚBLICAS PARA EDUCAÇÃO FÍSICA, ESPORTES E LAZER, EFETIVAMENTE POLÍTICAS SOCIAIS? FLORIANÓPOLIS: *REVISTA MOTRIVIVÊNCIA DA UFSC*, ANO X, N. 1, 1998.

VERGARA, S. C. CARACTERÍSTICAS DO MUNDO CONTEMPORÂNEO E AS REPERCUSSÕES NA GESTÃO MUNICIPAL. IN VERGARA, S. C. e CORRÊA, V. L. A. *PROPOSTAS PARA UMA GESTÃO PÚBLICA MUNICIPAL*. RIO DE JANEIRO: FGV, 2003.

VERONEZ, L.F.C. *POLÍTICAS PÚBLICAS DE LAZER: CONCESSÃO OU DIREITO?* CAXAMBU: ANAIS DO XII CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS DO ESPORTE, 2001.



**Políticas públicas e a escola
promotora da saúde:
Ações de qualidade de vida
em Vinhedo**



Elsio Álvaro Boccaletto
Vice-Prefeito e Secretário Municipal de Educação- Vinhedo / SP

Estela Marina Alves Boccaletto
Pesquisadora do Programa de Mestrado em Educação Física
UNICAMP

Conhecendo um pouco de Vinhedo

O município de Vinhedo foi emancipado politicamente em 1948, visto que era distrito de Jundiaí. Fez parte do caminho de bandeirantes e viajantes a partir do século XVII, ligando o interior do estado com a capital e litoral paulista. Possui uma área total de 81,74 Km² correspondendo a uma das menores extensões territoriais dentro da Região Metropolitana de Campinas (CANO e BRANDÃO, 2002; IBGE, 2000).

Vinhedo apresenta uma localização privilegiada, situa-se próximo dos municípios de Campinas, Jundiaí e São



Paulo, do Aeroporto de Viracopos e das principais rodovias estaduais – Anhanguera, Bandeirantes e Dom Pedro I.

Nas últimas décadas apresentou um crescimento demográfico devido a correntes migratórias que no princípio eram constituídas por uma população de baixa renda, oriunda do Paraná, norte de São Paulo e estados do nordeste do Brasil, atraídos pelos empregos criados durante o processo de industrialização da região. A partir de 1980 a migração se constituiu de uma população de classe média e alta, oriundas da capital e municípios da Grande São Paulo, bem como estrangeiros vinculados à administração das indústrias multinacionais recém instaladas no parque industrial, atraídos pela expansão urbana de condomínios e chácaras que asseguravam conforto, proximidade aos grandes centros urbanos e segurança física e patrimonial (CANO e BRANDÃO, 2002).

Em 1991, de acordo com dados do IBGE, o município contava com 33.612 habitantes, em 1996 com 38.625 e em 2000 com 47.215. Segundo a Secretaria de Estado de Economia e Planejamento do Governo do Estado de São Paulo, Vinhedo apresentou uma taxa geométrica de crescimento anual da população de 1996 a 2000 em 5% ao ano (SEP, 2004; IBGE, 2000).

O crescimento econômico e demográfico foi acompanhado por uma melhora de alguns indicadores de qualidade de vida como o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) elaborado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) e o Índice Paulista de Responsabilidade Social (IPRS) elaborado pela Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (Fundação SEADE) (SEP, 2004).

O IDHM e o IPRS apontaram para uma melhora das condições de vida da população de Vinhedo, na última década, nos quesitos renda, longevidade e educação como observado nos quadros 1 e 2:

Quadro 1: Índices de Desenvolvimento Humano Municipal dos anos de 1991 e 2000 da cidade de Vinhedo

IDHM – ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO MUNICIPAL		
	1991	2000
IDHM	0,789	0,857
IDHM – Renda	0,763	0,848
IDHM – Longevidade	0,780	0,831
IDHM – Educação	0,825	0,893

No ranking do IDHM o município de Vinhedo figurou em 15o lugar no Brasil, 4o no Estado de São Paulo e 1o na Região Metropolitana de Campinas, em 2000.

No quadro 2 observamos a evolução do IPRS na última década. Entre os 90 municípios da Região Administrativa de Campinas, no ranking do indicador Riqueza Vinhedo passou da 4a para a 1a posição (período 1992-2000); no indicador Longevidade passou da 14a para a 13a posição (período 1993-2001) e no indicador Escolaridade da 15a para a 2a posição (período 1991-2000)(SEP, 2004).

Quadro 2: Índices Paulista de Responsabilidade Social dos anos de 1992, 1997 e 2000 da cidade de Vinhedo

IPRS – ÍNDICE PAULISTA DE RESPONSABILIDADE SOCIAL			
DIMENSÕES	1992	1997	2000
Riqueza	57	69	72
Longevidade	63	68	72
Escolaridade	60	72	93

Através dos dados apresentados acima notamos que, na última década, os indicadores sociais relacionados com a educação apresentaram uma expressiva melhora. As diretrizes políticas de investir na educação, tendo em vista as carac-



terísticas sociais e econômicas do município de Vinhedo, mostraram-se positivas e adequadas.

Priorizando a educação - uma história recente

A Secretaria Municipal de Educação, durante os últimos oito anos, seguindo as diretrizes básicas relacionadas com a gestão democrática e participativa, através de ações direcionadas à construção de comunidades cada vez mais saudáveis, viabilizou algumas condições primordiais para a criação do atual Sistema Público Municipal de Ensino. A primeira delas, a decisão de priorizar, dentro da agenda política, a educação para a formação de cidadãos saudáveis, críticos, participativos e responsáveis pelo seu destino e pelo desenvolvimento sustentável de uma nação (OPAS, 2002). A partir da decisão de priorizar a educação observou-se a necessidade de promover um diálogo e compartilhar as experiências e as angústias da população e dos profissionais envolvidos com a educação no município, visto que em 1996 o ensino fundamental estava quase que exclusivamente nas mãos do governo estadual e este não desenvolvia suas responsabilidades a contento da população beneficiária.

Havia no município apenas uma escola municipal de ensino fundamental que desenvolvia um bom e reconhecido trabalho para a população, sendo motivo de disputas políticas e trocas de favores eleitoreiros a possibilidade de matrícula na mesma.

Através da construção da participação popular de forma organizada e democrática, seguindo as diretrizes do Orçamento Participativo, bandeira levantada pelo Partido dos Trabalhadores na tentativa de ampliar as possibilidades de justiça e democracia na gestão pública municipal, foi possível identificar as aspirações, as necessidades e prioridades da população que fazia uso do sistema público de ensino.



Com a vontade de oferecer o melhor, após a avaliação das condições políticas e técnicas e apesar das resistências e descrenças daqueles que não acreditavam na gestão democrática e participativa, foi tomada a decisão de municipalizar o ensino fundamental em Vinhedo de forma a garantir a todas as escolas situadas na periferia do município as mesmas condições e qualidade de ensino oferecidas à única escola municipal, localizada em região central. O estabelecimento das metas e das estratégias foi concebido de forma a se utilizar os recursos financeiros disponíveis com responsabilidade, sob a fiscalização atenta dos demais poderes públicos e dos organismos de participação popular e investir nos recursos técnicos e humanos procurando sempre a valorização dos mesmos através da capacitação continuada e do estabelecimento de faixas salariais justas.

Definindo as principais metas e objetivos

As nossas metas não foram outras se não aquelas que incessantemente o poder público traça quando cobrados pela opinião pública, pelos organismos nacionais e internacionais, governamentais e não governamentais, enquanto direitos humanos inalienáveis e dever do Estado, como (OPAS, 2002; WHO, 1999):

- Todas as crianças na escola: universalização do ensino infantil e fundamental.
- Todos os cidadãos alfabetizados.
- Redução das taxas de evasão e reprovação escolar.
- Melhora na qualidade do ensino público.



Para que estas metas fossem plenamente alcançadas foram estabelecidas algumas ações visando sobretudo a melhora da qualidade de vida das crianças, jovens e adultos envolvidos com o sistema municipal de educação. Estas ações, no âmbito da Secretaria Municipal de Educação, foram desenvolvidas considerando alguns dos aspectos chaves estabelecidos pela Organização Mundial da Saúde para uma escola promotora da saúde, como (WHO, UNESCO, EDC; OPAS, 2002):

- envolvimento das autoridades da educação, os professores, os estudantes, os pais e a comunidade no esforço comum de promover a educação e a saúde.
- A promoção de um ambiente físico e psicossocial saudável, dentro da escola e em sua vizinhança.
- A realização de uma Educação para a Saúde baseada na construção e no desenvolvimento das habilidades e capacidades para a vida saudável e plena.
- A acessibilidade aos serviços de educação e saúde.
- A implementação de políticas e práticas de promoção da educação e da saúde buscando sempre a multidisciplinaridade e a intersetorialidade¹ das ações.

¹ Multidisciplinaridade e intersetorialidade, isto é, o estabelecimento de políticas e ações considerando a visão integral da saúde, com a participação de diversos profissionais e representantes da comunidade e dos diferentes setores da sociedade civil, instituições públicas e privadas (WHO, 1998).

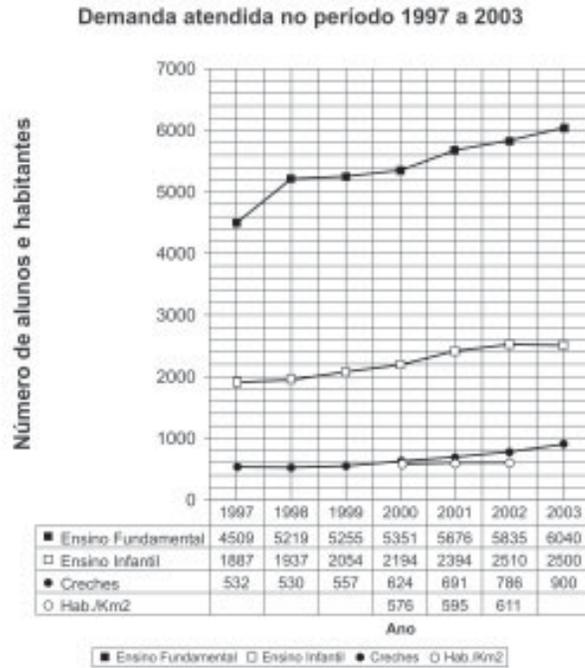
- A luta para melhorar a saúde e a educação da comunidade através da participação e do envolvimento de todos.

O processo de construção de Escolas Promotoras da Saúde e da Qualidade de Vida está apenas começando em Vinhedo, visto que nos últimos oito anos a prioridade foi a estruturação do Sistema Municipal de Ensino Infantil e Fundamental, através da construção e aquisição de infra-estrutura e equipamentos adequados para o atendimento das demandas sociais como a garantia de vagas para todas as crianças em idade escolar nas creches e escolas municipais.

A implementação de programas que visem a promoção da saúde e da qualidade de vida de forma efetiva nas escolas só será possível na medida em que as políticas de acesso, inclusão e contra a evasão escolar, principalmente durante o ensino fundamental, sejam eficazes (OPAS, 1999). Este primeiro e importante passo já foi dado em Vinhedo, e como forma de avaliação do processo de estruturação do Sistema Municipal de Ensino apresentamos a seguir o gráfico da evolução da demanda atendida no período 1997 a 2003 com os dados apresentados pela Secretaria Municipal da Educação na Plenária Temática da Educação do Orçamento Participativo de 2003.

O gráfico apresenta dados onde acompanhamos o crescimento do número de habitantes por km² a partir de informações colhidas no site da Prefeitura Municipal de Vinhedo em março de 2004. Os dados relacionados em Ensino Fundamental englobam o número de alunos do Ensino Fundamental, da Suplência I (Supletivo de 1a a 4a séries), Suplência II (Supletivo de 5a a 8a séries) e do Ensino Supletivo de Ensino Médio realizados pela Secretaria Municipal. Os dados relacio-

nados em Ensino Infantil englobam as crianças matriculadas no Jardim I, Jardim II e Pré-primário, crianças de 4 a 6 anos de idade.



Principais Ações de Qualidade de Vida em Vinhedo

Não existe mágica e nem mistério. Observando as principais ações realizadas em Vinhedo nos últimos anos, que melhoraram os indicadores de qualidade de vida citados acima, vemos que a mais importante é a gestão participativa que, por sua vez, possibilita o despertar da criatividade e o maior envolvimento dos agentes sociais criando assim me-



lhores condições de sucesso na implantação e no desenvolvimento dos projetos e programas.

É bom frisar que muitos obstáculos foram encontrados, quer seja durante a concepção, implantação e avaliação dos projetos e programas abaixo citados, visto a existência de interesses diversos e nem sempre os mesmos são facilmente conciliados. Mas, apesar das dificuldades, os frutos que estão sendo colhidos são de qualidade, pois são resultados de muito trabalho de uma equipe numerosa e coesa, formada pelas crianças, pais, merendeiras, serventes, inspetoras, escriturários, estagiários, professores, coordenadores e diretores.

As principais ações realizadas no período 1997 – 2004 foram:

- A municipalização do ensino fundamental;
- A construção e a realização de reformas em todas as escolas municipais, de forma a permitir que o ambiente físico e psicossocial propiciassem condições de equidade entre a região central e periférica do município. Estes investimentos foram concretizados na forma de: quadras poliesportivas cobertas, laboratórios de informática, laboratórios de ciências, pátios cobertos, salas de aula com até 35 alunos, extensão da grade horária para 6 aulas de 50 minutos por dia;
- A valorização dos professores da rede pública municipal através de salários dignos conforme as possibilidades do orçamento público e capacitação continuada.



Alguns projetos com o objetivo de proporcionar a capacitação dos profissionais da rede pública municipal de ensino foram:

a. *Encontro Anual de Educadores* desde 1997 com a participação dos professores, coordenadores e direção durante o processo de planejamento, execução e avaliação. Tem por objetivo, através de oficinas pedagógicas e palestras, promover a reflexão e a troca de experiências entre os colegas do corpo docente

b. *Projeto de Formação Continuada* através de cursos, palestras e oficinas durante o ano letivo. Desenvolvido desde 1997 visa o aperfeiçoamento e a atualização da prática pedagógica de forma a contribuir com a qualidade do ensino e a valorização do profissional da educação.

c. *PROESF: Programa Especial de Formação para Professores* em exercício nas redes municipais da Região Metropolitana de Campinas (RMC) com a parceria da Faculdade de Educação (FE) da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Este programa iniciou-se em 2002, com o objetivo de proporcionar a formação em Pedagogia, necessária aos educadores, conforme prevista na LDB, no Título VI, dos Profissionais da educação, artigos 62 e 64.

A seguir destacamos alguns projetos que tiveram por objetivo proporcionar uma melhora da qualidade do ensino público em seus aspectos pedagógicos:

a. *Avaliação Unificada*: com o objetivo de promover o diagnóstico das necessidades da Rede Municipal de Ensino com relação à formação continuada dos profissionais de edu-



cação e a organização das propostas pedagógicas através da reflexão sobre a prática.

b. *Projeto Semente*. Desenvolvido desde 1999 visando o favorecimento do aprendizado da 2ª Língua a partir das creches.

c. *Projeto de Informática* com o objetivo de proporcionar a familiarização das crianças e jovens com as novas tecnologias já a partir da 1ª série, com a utilização dos laboratórios de informática, softwares educativos e acesso à Internet.

d. *Projeto Renovar e Aprender*. Visa a correção da defasagem idade/série dos alunos da 1ª à 4ª séries do Ensino Fundamental, através de um programa de ensino intensivo de forma a possibilitar a aceleração da aprendizagem e a inclusão destes alunos em séries mais compatíveis com a sua idade, resgatando a auto-estima e o interesse em aprender.

e. *Projeto Ciências da Natureza*. Com o objetivo de desenvolver o espírito científico, cooperativo e a capacidade de comunicação através de atividades experimentais, vem sendo realizado inicialmente com as 2ªs séries e classes de preparação para a inclusão.

f. *Material didático Pueri Domus*. Implantado desde 2003 a todos os alunos de 5ª. à 8ª. séries, objetivando a padronização do ensino público municipal e o oferecimento gratuito, à população, do material didático necessário.

g. *Projeto Software para a Educação Ambiental*. Utilização de material didático desenvolvido pela Secretaria Municipal de Educação na forma de um software educativo, um vídeo

e uma revista relacionados com a educação ambiental com a participação dos alunos de 4as a 8as séries.

h. *Classe de Recursos para Deficientes Auditivos*. Com o objetivo de, através de encontros semanais de três horas com os alunos que apresentam deficiência auditiva, superar as dificuldades encontradas nas aulas regulares, desenvolvendo a autonomia, a participação e a capacidade de tomar decisões.

A seguir alguns projetos que tiveram por objetivo abordar aspectos psicológicos relacionados com a educação:

a. *Projeto de Apoio Psicológico*: visando a valorização dos profissionais da educação, através do incremento das relações do dia-a-dia escolar, da comunicação nos grupos de trabalho, da resolução de problemas disciplinares e em apoio à família, através de reuniões mensais com os professores e pais.

b. *Programa Viver Adolescente*: realizado com os alunos de 5as a 8as séries, ao longo do ano letivo, com o objetivo de, através do acolhimento e orientação aos jovens, prevenir problemas emocionais relacionados com o processo de crescimento e desenvolvimento, bem como levar a uma postura de valorização da vida.

A seguir alguns projetos que tiveram por objetivo abordar aspectos de promoção da saúde, meio ambiente, atividades relacionadas com a alimentação saudável e atividade física:

a. *Programa Municipal de Combate ao Desperdício de Água*. Realizado em parceria com a Secretaria Municipal de Água e Esgoto, com o objetivo de conscientizar os alunos e profes-



res de 5as a 8as séries a respeito da problemática da escassez e abastecimento de água no município.

b. *Merenda escolar* agradável aos alunos e de qualidade controlada por profissionais nutricionistas.

c. *Programa La Belle Cuisine*: com o objetivo de capacitar os funcionários que atuam diretamente na elaboração da merenda escolar quanto aos procedimentos das merendeiras, através de encontros, distribuição de apostilas e bibliografia sobre o assunto e com a supervisão de nutricionistas.

d. *Projeto Gíminus*: com o objetivo de, através do desenvolvimento de atividades da ginástica olímpica, desenvolver a capacidade de disciplina, concentração e interesse dos alunos nas atividades escolares.

e. *Educação Física* em 3 aulas/semana, realizadas das 1as às 8as séries em quadras cobertas, por profissionais habilitados em curso superior .

f. *Projeto Saúde Escolar*: desenvolvido em parceria com a Secretaria Municipal da Saúde, com o objetivo de prevenir problemas de saúde através de campanhas e do encaminhamento dos alunos da rede municipal de ensino aos serviços médicos, odontológicos, psicológicos, psicopedagógicos e fonoaudiológicos, nas UBS (Unidades Básicas de Saúde).

Convém frisar que o município de Vinhedo apresenta características peculiares tais como sua localização privilegiada, sua pequena extensão territorial, suas características de povoamento, sua história político-administrativa, condições socioeconômicas e a crescente participação da comunidade que permitiram o estabelecimento de uma conjuntura propiciando assim o desenvolvimento deste trabalho nos últimos

oito anos. Cada município possui uma história e formas próprias de abordar os problemas e pensar o seu caminho.

Acreditamos também que há muito ainda por fazer na construção de uma sociedade onde a qualidade de vida não seja vista apenas como pano de fundo ou recursos de marketing e sim como forma de se garantir condições de vida onde a justiça e equidade sejam efetivas permitindo que todos possam expressar o seu potencial humano plenamente.

Referências bibliográficas

CANO, W; BRANDÃO, C.A. (coordenadores). **A Região Metropolitana de Campinas. Urbanização, economia, finanças e meio ambiente.** Campinas, SP: Editora da Unicamp, 2002. p 225-254.

DEPARTMENT OF HEALTH PROMOTION. **Improving health through schools: national and internacional strategies:** WHO, 1999. p. 62-66.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE, **Cidades@ Município Vinhedo.** <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/default.php>. Acesso em 31 de maio 2004.

OPAS. **Municípios e comunidades saudáveis: guia dos prefeitos para promover qualidade de vida:** OPAS, 2002. p. 1-27.

SECRETARIA DE ESTADO DE ECONOMIA E PLANEJAMENTO DO GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Informações Regionais.** <http://www.planejamento.sp.gov.br/home/sep.asp?Browser=Mie800x600&Par=pri>. Acesso em 31 de maio 2004.

WHO, UNESCO, EDC. **Local action: creating health promoting schools:** WHO, 2000. p. 1-26.

Formação e atuação profissional dos autores

- Elsie Álvaro Boccaletto bacharel em Biologia pela Universidade Estadual de Campinas. Professor PII de Ciências da Rede Estadual de São Paulo. Vereador pelo Partido dos Trabalhadores por duas gestões em 1988-1992 e 1993-1996. Exerceu a presidência da Câmara Municipal de Vinhedo no período 1993–1994 Vice-prefeito de Vinhedo no período 1997-2000 e 2001-2004. Secretário da Educação do Município de Vinhedo de 1997-2004.
- Estela Marina Alves Boccaletto formada em Fisioterapia pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas em 1986. Especialização em Reeducação Postural Global pela Université de Therapie Manuelle - St. Mont em 1990 e em Atividade Física e Qualidade de Vida pela Faculdade de Educação Física da Unicamp em 2002. cursando mestrado na área Atividade Física, Adaptação e Saúde pela Faculdade de Educação Física da Unicamp.





**Projeto-Âncora Vida
Saudável:
A Cidade como Espaço de
Promoção de Saúde**



MARCIA CRISTINA KREMPEL¹

SIMONE TETU MOYSÉS²

RAMIRO EUGÊNIO DE FREITAS³

Introdução

O presente trabalho visa contribuir com o debate da importância da atividade física no campo da promoção da saúde, com especial ênfase no tema de formulação de políticas públicas voltadas para a melhoria da qualidade de vida da população e construção de “cidades/comunidades saudáveis”, apresentando o compromisso político assumido pela Prefeitura Municipal de Curitiba .

¹ Gestora do Projeto-Âncora Vida Saudável da Prefeitura Municipal de Curitiba / Secretaria Municipal da Saúde.

² Assessora do Projeto-Âncora Vida Saudável. Professora da Pontifícia Universidade Católica do Paraná.

³ Coordenador do Programa CuritibaAtiva da Prefeitura Municipal de Curitiba/Secretaria Municipal de Esporte e Lazer.

Curitiba

A capital do Estado do Paraná tem 310 anos e está localizada no Sul do Brasil. Com área de 432,17 km² de relevo levemente ondulado e clima temperado. A maior parte de sua população de 1,6 milhão de habitantes descende de imigrantes italianos, poloneses, alemães, ucranianos, japoneses, sírios e libaneses e a administração municipal procura preservar sua identidade cultural.

É a cidade brasileira referência de planejamento urbano e qualidade de vida, reconhecida nacional e internacionalmente por soluções urbanas inovadoras.

A cidade tem eficiente sistema de transporte coletivo, para uma malha viária de 4.292 km distribuídos em 8.300 ruas e possui 115 km de ciclovias utilizadas tanto para deslocamentos como para lazer.

O curitibano se orgulha do índice de 55 metros quadrados de área verde por habitante. A preservação das áreas verdes é um outro instrumento importante da política municipal, os 23 milhões de metros quadrados de áreas verdes estão distribuídos em 30 parques e bosques, 800 praças, jardins e núcleos ambientais, preservadas dentro do perímetro urbano.

Muitos parques e praças também oferecem equipamentos para prática de atividade física, como centros esportivos, quadras poli esportivas, pistas de caminhada, entre outros, e são freqüentados por mais de 150 mil pessoas nos finais de semana. Essas opções de lazer representam qualidade de vida e principalmente o equilíbrio das relações da cidade com o seu meio ambiente.

A maioria dos parques de Curitiba, chamados de parques lineares, são implantados ao longo dos rios e em fundos de vale. Funcionam como uma espécie de barreira para im-



pedir a ocupação indevida dessas áreas. Os lagos dos parques servem para conter as enchentes e funcionam como reguladores da vazão das águas em épocas de chuva. Mas, fundamentalmente, esses espaços têm se apresentado como uma alternativa de lazer e ponto de encontro entre os habitantes da cidade, oferecendo um atrativo para a prática da atividade física e, desta forma, contribuem para a construção de comunidades mais saudáveis.

A prática de atividades físicas também é oportunizada em outros equipamentos sociais da cidade, visto possuir 7 Centros de Esporte e Lazer cobertos, que ficam nas Ruas da Cidadania, e outros 23 Centros distribuídos nos diferentes bairros da cidade, com quadras poli esportivas de uso comunitário e gratuito, com modalidades esportivas para todas as faixas etárias. Utilizam esses espaços cerca de 85.000 pessoas por mês. As 163 escolas municipais possuem quadras poli esportivas que podem ser utilizadas pela comunidade nos finais de semana.

Várias Unidades de Saúde (US) possuem o chamado “espaço saúde”, construção anexa à US utilizada pela comunidade para desenvolvimento de diversas atividades, entre elas aulas de dança, ginástica e outras práticas de atividade física e lazer, além de grupos de “caminhada supervisionada” formados pelos usuários das Unidades de Saúde, em geral portadores de diabetes e/ou hipertensão, acompanhados de profissionais da equipe de saúde da US e profissionais de educação física da Secretaria de Esporte e Lazer.

Marco Teórico

A forma como as pessoas vivem, as escolhas que fazem, estão relacionadas ao contexto e cultura do espaço de sua cidade, aos hábitos adquiridos nos ambientes familiares e



sociais e ao conhecimento disponibilizado e ao acesso as oportunidades oferecidas.

É essencial capacitar as pessoas no seu espaço de viver cotidiano para lidar com sua saúde. O desenvolvimento da autonomia requer a contínua socialização das informações, oportunidades de aprendizado para assuntos de saúde e cidadania, além de processos de participação social.

Estratégias populacionais de intervenção sobre os problemas de saúde desafiam os diferentes setores a uma ação compartilhada, sob uma nova forma de compreender e abordar saúde, tendo como eixo norteador a melhoria das condições de vida e saúde na cidade.

Atuar sistemicamente sobre o homem e suas necessidades implica no desenvolvimento de ações intersetoriais, de forma a garantir a resolutividade diante da complexidade e multifatorialidade na determinação da qualidade de vida nas cidades.

Assim, inovações na gestão pública, incorporando as estratégias promocionais de articulação intersetorial e mobilização das comunidades, passa a ter importância fundamental para o incremento da qualidade de vida, sobretudo em cidades onde a desigualdade sócio-sanitária é bastante acentuada (BUSS, 2000).

Com este referencial teórico e diante da necessidade de se investir na prevenção e promoção da saúde como forma de alterar o quadro de morbi-mortalidade causado por hábitos de vida não saudáveis, a Prefeitura Municipal de Curitiba propôs, no seu plano diretor, o Projeto-Âncora Vida Saudável. O projeto tem por missão a construção, em conjunto com a sociedade curitibana, de um estilo de vida saudável, compreendido como atitudes positivas que promovam a saúde individual e coletiva na cidade.

A visão holística da Prefeitura de Curitiba considerando os cidadãos de forma integral, não limita sua missão à



prestação de serviços de saúde. Inclui a educação permanente e a chamada do cidadão à co-responsabilidade, considerando sua parcela na preservação da saúde, da vida e da cidade.

Projeto-Âncora Vida Saudável

O projeto Vida Saudável é uma política pública desenvolvida pela Prefeitura centrada na estratégia da intersetorialidade envolvendo Secretarias Municipais da Saúde, do Esporte e Lazer, Educação, Fundação Cultural, Companhia de Desenvolvimento Curitiba, Fundação de Ação Social, URBS/Diretran e Secretaria do Abastecimento.

Para atender o objetivo de promover a saúde individual e coletiva com ações direcionadas para a população e para o ambiente, os espaços públicos como parques e espaços comunitários são transformados em áreas de democratização de educação em saúde, estímulo à atividade física, adoção de hábitos alimentares saudáveis, atividades culturais e de lazer e educação ecológica, entre outros, criando oportunidades de participação que favorecem o “empoderamento” da população para hábitos mais saudáveis de vida.

A proposta de ocupação dos espaços públicos, para levar as ações de promoção de saúde à população de forma ativa, se concretiza através de um sistema de barracas que são montadas de forma itinerante, para realização de eventos em praças e parques, terminais de ônibus e centro da cidade, buscando uma interação permanente com a população. Nestas barracas é oferecida ação de promoção de saúde e prevenção de doenças de maneira interativa, utilizando diversas linguagens como: teatro, música, pintura, jogos, brincadeiras, distribuição de material educativo/informativo, além da realização de testes e avaliações de saúde, avaliações física e nutricional.



A intersetorialidade é consolidada pelo crescente número de ações realizadas em parcerias com associações comunitárias, ONGs, associações de classe, entre outros, o que tem proporcionado o compartilhamento de conhecimentos, capacidade de mobilização, organização e custos dos eventos. Este cenário reforça a responsabilidade do setor público, em conjunto com a sociedade, de dar suporte e garantia de uma vida saudável aos cidadãos que vivem na cidade de Curitiba.

O desafio de fortalecer ambientes sociais para que se tornem espaços de suporte à promoção da saúde e facilitem as escolhas saudáveis ampliou, em 2003, as ações para as escolas, empresas e universidades. O sub-projeto "Ambientes Saudáveis" mobilizou as universidades, 23 empresas e 18 escolas no desenvolvimento de ações de promoção de saúde e troca de experiências.

Entre os anos de 2001 e 2003, em torno de 500 mil pessoas participaram dos 285 eventos realizados na cidade. A solicitação crescente por materiais educativos, o interesse da mídia em divulgar as atividades realizadas e o quantitativo de solicitações para realização de eventos em comunidades e instituições reafirmaram a necessidade e a busca das pessoas por suporte às práticas saudáveis.

Política Municipal de Esporte e Lazer

Curitiba, preocupada com o desenvolvimento pleno do cidadão, possui, em suas diversas secretarias, projetos, programas e atividades voltadas à melhoria contínua da qualidade de vida e expectativas de proporcionar condições de aperfeiçoamento dos hábitos saudáveis da população.

Cabe à Secretaria Municipal do Esporte e Lazer (SMEL) ser a gestora das ações de esporte e lazer na cidade. Fundamenta suas ações no princípio de Le Corbusier, citado na "Carta de Atenas", *"todo cidadão tem direito à cidade, a qual deve ter*

funções de: habitar, trabalhar, recrear-se e circular.” Considera-se, assim, a ação esportiva e de lazer como um direito de cidadania.

O tratado urbanístico, por si só, já justifica a existência de um órgão municipal que proporciona a todo cidadão, indistintamente, seu direito urbano de acesso às atividades de esporte e lazer, mas associado a preceitos legais como a Lei Federal nº 9615 de 24/03/98, regulamentada sob o decreto 2574 de 29/04/98, que preconiza no seu capítulo 1º, que o desporto brasileiro abrange práticas formais e não formais, reconhecendo suas manifestações em: desporto educacional, desporto de participação e desporto de rendimento, assim como no seu capítulo 4º, artigo 27, permite aos municípios constituir seu próprio sistema desportivo.

Na abrangência municipal, a Lei Orgânica vigente no município de Curitiba, artigo 182, legitima ao município o fomento às práticas esportivas formais e não formais, como direito do cidadão e este tem como dever o respeito ao meio ambiente, preservando-o quando da prática das mais diversas manifestações de esporte, lazer e atividade física. A Lei Municipal nº 9.942, de 29 de agosto de 2000, dispõe sobre a Política Municipal de Esporte e Lazer e no capítulo I das Finalidades, artigo 1º, indica que:

“a política municipal de esporte e lazer tem a finalidade de fomentar práticas de esporte, lazer e atividades físicas para o desenvolvimento de potencialidades do ser humano visando bem-estar, promoção social e inserção na sociedade, consolidando sua cidadania”.

Desta forma a Secretaria do Esporte e Lazer tem sua trajetória iniciada em 1993 como Departamento de Educação Física e se consolida, em 1995, com estrutura própria e carreira funcional de Orientador em Esporte e Lazer.



Para atingir esse nível de atuação, interpretando o esporte e o lazer como construtores da cidadania, diversos projetos e programas foram formatados para possibilitar ao cidadão a inserção do esporte e lazer na sua vida diária.

O esporte e o lazer ocupam atualmente um lugar de enorme importância na vida da cidade, como elemento de valorização da identidade, de revalorização geral do corpo e interesse crescente pelo cuidado à saúde, não só de uma minoria da população, mas de todos os cidadãos que têm plena noção de seus direitos, entre os quais, o livre acesso à prática desportiva. As pessoas praticam esporte e realizam atividades físico-desportivas por razões diversas, que têm sua origem em preferências pessoais concretas e estilos de vida determinados. Nesse sentido, o conceito de estilo de vida e a busca da saúde corporal são aspectos, cada vez mais importantes, para compreender a conduta desportiva e nortear as políticas públicas de esporte e lazer.

A idéia de uma prática desportiva reservada à juventude ou, uma minoria de indivíduos, que possuem talento esportivo e que praticam o esporte competitivo, tem-se modificado para um modo de fazer esporte a serviço do desenvolvimento integral de todas as pessoas que visam uma vida saudável. Nesse sentido a Secretaria de Esporte e Lazer tem difundido em suas ações educativas que estilo de vida se centra no interesse em realizar atividades físicas ou desportivas com o objetivo de melhorar e manter a saúde.

Também o envelhecimento da população adulta, com a maior participação feminina, tem modificado o perfil de quem pratica o esporte. Dessa forma, novos modos de praticar foram adaptados às características de cada grupo ou cada um individualmente. A heterogeneidade de modelos favorece que cada qual possa se sentir atraído por algum tipo de atividade física, sem romper com suas concepções de corpo, saúde e



prazer. Desta forma, tem-se atraído cada vez mais as pessoas da terceira idade para a prática de atividades físicas, fator também favorecido pela oferta de atividades em Unidades de Saúde, “lócus” que é familiar para esta faixa etária.

A Secretaria de Esporte e Lazer delineou as seguintes diretrizes políticas como forma de consolidar a formação de uma cultura saudável para o cidadão curitibano:

- Executar as ações de forma descentralizada e intersetorial, estabelecendo parcerias com as outras secretarias municipais para o desenvolvimento de ações de atividade física, sócio-recreativas e esportivas;
- Fomentar lideranças e organizações sociais, na descentralização das ações, direcionando-as para a auto-gestão e participação nas atividades realizadas nas comunidades;
- Viabilizar parcerias com ONGs e instituições privadas para capitalizar recursos necessários para o desenvolvimento das ações;
- Criar mecanismos de sensibilizar a população quanto à manutenção e gerenciamento dos espaços e equipamentos públicos utilizados para a prática de atividades físicas, esporte e lazer;
- Oportunizar a formação de equipes nas diversas modalidades esportivas, visando a representação do município em competições;

- Possibilitar o acesso e a participação da população nas atividades realizadas na cidade através de ampla divulgação dos eventos;
- Realizar capacitação dos profissionais objetivando maior envolvimento com sua atuação e resultados;
- Incentivar a prática de atividade física, esporte e lazer, nos diferentes segmentos sociais e faixas etárias, objetivando mudanças de atitudes e hábitos de prevenção de doenças e promoção da saúde.

Programas estratégicos

Além do esporte rendimento, realizando eventos que possibilitem a participação de atletas de alto nível, como a Maratona Ecológica Internacional de Curitiba, que teve na sua 7ª edição em 2003 a participação de 2.023 atletas maratonistas, e de esporte estudantil, organizando e realizando eventos esportivos estudantis, a SMEL procura oportunizar cada vez mais a prática de esporte, lazer e atividade física a toda comunidade curitibana. Para tanto desenvolve programas procurando sempre de forma estratégica estabelecer parcerias, estimulando a co-responsabilidade e executando ações de forma descentralizada e intersetorial.

Segue descrição de alguns programas.

Programa “Lazer na Cidade”

Semanalmente são realizados os eventos com objetivo de ofertar atividades sócio-recreativas e/ou esportivas em espaços e logradouros públicos:



“Recreação nas Arcadas” : todos os domingos pela manhã, neste local, é realizada uma tradicional feira de artesanatos da cidade e no espaço chamado Arcadas do São Francisco. A equipe de profissionais da secretaria realiza atividades de recreação com as crianças tendo 13.500 crianças participantes nas atividades em 2003.

“Manhãs de Brincadeiras”: equipes de profissionais oferecem atividades recreativas para crianças aos sábados pela manhã em diversos pontos centrais da cidade de alto fluxo de comércio.

“Bike Night”: passeio ciclístico à noite, realizado com acompanhamento de agentes de trânsito para garantir segurança aos participantes, sendo exigido dos participantes o uso do capacete como equipamento de proteção.

Mensalmente são ofertados os seguintes eventos que têm a finalidade de educar para o lazer:

“Ciclolazer”: passeio ciclístico pelos pontos turísticos e culturais da cidade, com uma parada obrigatória para visitação de algum espaço (como exemplo no Museu de História Natural) no qual são recebidos por um guia para explicações sobre o local.

“BrinCriando com a SMEL” : oficinas de constru o de brinquedos aproveitando sucatas, onde estes brinquedos são construídos pelas crianças acompanhadas pelos pais. Acontece mensalmente em comunidades diferentes nas 8 regionais administrativas da cidade.



Esse programa também se responsabiliza por eventos especiais na cidade como: Festival de Férias de Verão e Inverno, Festa do Aniversário de Curitiba, Passeio Ciclístico da Primavera, Festa do Dia das Crianças.

Programa Dança Curitiba

Este programa visa ofertar lazer cultural e contemplativo voltado para a arte do movimento. Oportuniza às escolas, grupos e academias de dança da cidade exporem seus trabalhos. O programa acontece de abril a novembro, promovendo a dança em 3 diferentes ações: Dança Curitiba-Circuito, acontece nos parques e no memorial Curitiba; Dança Curitiba-Mostra realizado nas 8 regionais administrativas e o Dança Curitiba-Festival, grande evento realizado no teatro Ópera de Arame.

Programa Linha do Lazer

Um ônibus adaptado para transportar infra-estrutura necessária a locais pré-agendados como: unidades pediátricas de hospitais, escolas especiais, asilos, casas e lares de idosos, creches e unidades do Projeto Piá. Nesses locais realiza atividades sócio-recreativas e educativas adaptadas à clientela dos locais visitados. Nas escolas especiais realiza o chamado “Dia Especial de Lazer” que visa a integração de portadores de necessidades especiais com crianças do ensino regular. A Linha do Lazer foi uma iniciativa pioneira da Prefeitura Municipal de Curitiba e funciona desde 1993. De lá para cá os atendimentos foram diversificados e seu número é de aproximadamente 102.500 pessoas participantes.

Centro de Aprimoramento de Talentos Esportivos (CATES)

O programa Centro de Aprimoramento de Talentos Esportivos se destina a crianças e jovens de 7 a 14 anos, de ambos os sexos, e visa proporcionar atividades de iniciação esportiva, otimizando o desenvolvimento das inter-relações psicossociais e dos aspectos biofísicos, valorizando a cultura esportiva e oportunizando a descoberta de talentos esportivos.

O projeto é realizado em diversos centros de esporte da cidade e em parceria com associações de moradores, universidades, clubes de futebol, entre outros, para realização de iniciação esportiva de diferentes modalidades, como: natação, futebol, atletismo, basquete, boxe, ciclismo, handebol, voleibol, tênis de mesa, tênis, xadrez e outros esportes. Em 2003 foram atendidas 25.800 crianças por mês neste programa.

Destaca-se a importância de duas modalidades deste programa, uma feita em parceria com a Fundação de Ação Social (FAS) associada ao Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI) onde os profissionais da secretaria e alunos de educação física das Universidades se deslocam a comunidades carentes e levam atividades desportivas a mais de 4.000 crianças. E o “*CATES Especial*”, em parceria com a Universidade UNICENP, atende crianças e adolescentes portadores de deficiência visual, com aulas de natação, futebol, atletismo, ginástica e recreação 3 vezes por semana, na própria universidade, em seu Centro Paraesportivo de Deficientes Visuais.

A lei de incentivo ao esporte Decreto nº824

“Art. 1º As entidades civis sem fins lucrativos, inclusive os clubes sociais, poderão ter redução até 100% (cem por cento) do Imposto Sobre a Propriedade Predial e Territorial Urbana - IPTU, relativamente aos imóveis de sua propriedade, cuja utilização seja vinculada às suas atividades essenciais, a título de incentivo, desde que comprovado o investimento em esporte e no social, conforme o disposto no Código Tributário Municipal e neste regulamento”.

O fomento ao esporte através desta lei contempla projetos nas manifestações esportivas educacionais de esportes de rendimento e esporte participativo. Em 2003 foram 413 projetos aprovados e incentivados em 32 modalidades esportivas, proporcionando aos atletas curitibanos representarem nossa cidade no Brasil e no exterior. Desta forma, divulga-se a cidade e os projetos comunitários, difundem-se as diversas modalidades esportivas oportunizando que surjam novos talentos esportivos curitibanos.

Programa CuritibAtiva

Em parceria com o Projeto-âncora Vida Saudável utiliza os eventos realizados em espaços públicos, escolas e empresas para oferecer à comunidade participante avaliações físicas, de saúde e nutricional. Espera-se que as pessoas, através do conhecimento dos resultados da avaliação de sua condição física e recebendo orientação adequada, se sintam estimuladas a adotar um estilo de vida mais ativo e incorporar outros hábitos mais saudáveis no seu cotidiano e assim promover a sua saúde e conseqüente melhoria da sua Qualidade de Vida.



Os dados coletados no processo de avaliação física são trabalhados estatisticamente para fornecer um perfil de nossa população quanto ao nível de atividade física e desta forma poder orientar as políticas públicas de esporte, lazer e atividade física.

O processo de avaliação é precedido por aferição da pressão arterial, teste de glicemia e teste de colesterol. A avaliação física consta das seguintes fases: anamnese; testes físicos; testes antropométricos; orientação sobre a condição individual; indicação de atividade física adequada a cada pessoa.

A anamnese tem a função de coletar dados de identificação pessoal, aplicar um questionário para avaliar se o indivíduo é fisicamente ativo. Conforme a pontuação é classificado em inativo, moderadamente ativo, ativo ou muito ativo.

A fase de avaliação física consta dos seguintes testes:

- Verificação da frequência cardíaca;
- Resistência muscular localizada (abdominal);
- Flexibilidade ;
- Relação cintura-quadril;
- Força de membros superiores (dinamometria);
- Índice de massa corpórea (IMC);
- Avaliação do risco cardíaco.

Com a posse destes dados um professor de Educação Física da SMEL orienta o indivíduo sobre a sua condição físi-



ca, indicando a melhor atividade física e cuidados como: hidratação, vestuário e calçados na realização de exercícios e ou caminhadas.

Por último o indivíduo passa por uma avaliação nutricional recebendo também orientações sobre a dieta e alimentação adequada conforme sua condição nutricional e morbidades associadas, como diabetes, hipertensão ou hipercolesterolemia.

A população idosa, acima de 60 anos, realiza as avaliações seguindo um protocolo específico, com testes e critérios específicos para esta faixa etária que avalia a condição funcional do idoso.

O protocolo do idoso foi formatado após um estudo piloto realizado em 854 idosos entre os meses de março a outubro de 2003. Baseados nos resultados dessas avaliações foram intensificados os estudos para configuração definitiva da ficha de cadastro e avaliação, como também possibilitou a construção de valores normativos para a população idosa do município. Para avaliar os resultados obtidos também se considera a sua percepção quanto ao desempenho nos testes realizados.

O objetivo é traçar o perfil da população idosa do município quanto a sua condição de aptidão física, saúde, hábitos de vida, atividade física e de lazer, que estão diretamente relacionados ao grau de autonomia e conseqüentemente ao padrão de qualidade de vida. Assim a anamnese do protocolo do idoso avalia atividade física e ocupacional, os testes mesuram força, flexibilidade de membros superiores e inferiores, como também o equilíbrio estático.

Considerações finais

A atividade física tem sido considerada importante componente de um estilo de vida saudável devido, particularmente, a sua associação com diversos benefícios para a saúde física e mental (Patê et al., 1995). No entanto os níveis de atividade física em diferentes países continuam baixos. Cerca de 1/3 da população do Canadá, Austrália, Estados Unidos e Inglaterra são consideradas moderadamente ativas e 1/3 são consideradas sedentárias (Canadian Fitness and Lifestyle Institute, 1998). No Brasil, levantamentos estimam que 60 a 65% da população é fisicamente inativa (IBGE, 1998).

Em Curitiba, dados levantados pelo programa CuritibaAtiva nos anos de 2002 e 2003 mostram que 26,22% da população curitibana avaliada no programa é inativa e 67,83% foram classificados como moderadamente ativo e /ou ativos, com diferença entre sexos, sendo que no masculino este percentual cai para 25,22% de inativos e 65,01% são classificados como moderadamente ativos e ativos. Nas mulheres a inatividade é mais acentuada, da ordem 26,81%, mas o percentual de moderadamente ativa e ativa sobe para 69,47%. Se avaliarmos por faixa etária verifica-se que os homens são mais ativos na faixa etária de adulto jovem, enquanto as mulheres vão progressivamente se tornando mais ativas nas faixas etárias mais elevadas. Compreende-se como fato visivelmente constatado pela adesão nos programas de atividades físicas para a terceira idade, onde a presença feminina predomina consideravelmente.

Há necessidade de maiores investigações dos fatores que influenciam e determinam a realização de atividades físicas, na medida que sua compreensão pode fornecer informações que levem a definição de políticas públicas de intervenção mais efetivas.



Diferentes autores pesquisam fatores associados à prática da atividade física, dentre eles Hultsman (1999), relacionando os fatores demográficos, individuais, interpessoais e os ambientais. A educação e informação, embora com impacto mais limitado, junto com variáveis ambientais, parecem ser as intervenções mais bem sucedidas para afetar os níveis de atividade física (Sallis&Owen,1999).

Desta forma, várias estratégias direcionam as políticas públicas de incentivo à atividade física, esporte e lazer na cidade de Curitiba. Tem-se procurado proporcionar momentos e espaços de lazer para o cidadão, oferecendo atividades que podem proporcionar alegria, diversão e ocupação individual e coletiva e que agregam valores humanos. Disponibilizar informações e proporcionar o autoconhecimento de seu potencial e limitações também são considerados fatores que podem influenciar na mudança de comportamento.

Atuação descentralizada, levando as oportunidades para próximo do cidadão, em especial, de sua casa, facilita o acesso e provavelmente a adesão aos programas e atividades oferecidas. Oferecer atividades de saúde, lazer, esporte, recreação e cultura que atraiam as pessoas de todas as faixas etárias para freqüentar os parques urbanos é a principal estratégia para que as pessoas passem a valorizar e utilizar estes como espaços de agregação social, como uma alternativa de lazer e prática de atividade física.

Espera-se que com estas intervenções consiga-se impactar nos indicadores de sedentarismo e que a população curitibana se sinta cada vez mais atraída pelo chamamento da cidade para sua participação, em oposição ao apelo do “shopping center” e o conforto, não tão saudável, do sofá frente à televisão.

A Cidade com mais Esporte, mais Lazer, mais Saúde é uma CuritibaAtiva, é uma Curitiba Saudável.



Matérias veiculadas em jornal local

Em 1999, Prefeitura atendeu 4 mil crianças e adolescentes em escolinhas de esporte, chamadas de Cates. Campeonato e festivais tiveram participação recorde de 5,7 mil crianças. O incentivo da Prefeitura ao esporte social está contribuindo para abrir as portas para pequenos talentos e tornar o sonho de ser um atleta.

Esporte comunitário invade espaços públicos dos bairros de Curitiba

Faça chuva, faça sol, cerca de 20 mil pais, irmãos e mães-corujas animam a torcida de mais de 160 times em vários campos e quadras espalhados nos bairros de Curitiba. Longe de se comparar à importância do Campeonato Paranaense de Futebol, iniciado há 2 semanas com 12 equipes na série A, o “megacampeonato” não tem nomes conhecidos, mas reúne uma galera de 4 mil crianças e adolescentes com muita disposição para correr atrás da bola, disputar peladas, campeonatos e festivais. Longe dos holofotes dos grandes estádios, em campos improvisados, o esporte comunitário está ganhando força e conquistando cada vez mais a torcida, crianças e adolescentes com garra para aprender a jogar e, quem sabe, realizar o sonho de ser um craque. Com apoio da Prefeitura equipes de vôlei, basquete e futebol, principalmente, despontam nos bairros mais afastados do Centro. São as escolinhas de esporte da Prefeitura, chamadas Cates (Centro de Aprimoramento de Talentos Esportivos), que com uma receita simples, mobilizam crianças e adolescentes de 8 a 16 anos, treinadores voluntários e viabilizam campos gramados e de areia.

Não há segredo para montar um Cates. Basta o envolvimento da associação de moradores do bairro, que escolhe um espaço público para as aulas (um campinho ou pra-





ça) e treinadores voluntários. A Prefeitura, por meio da Secretaria Municipal de Esporte e Lazer (Smel), oferece apoio técnico, bolas, redes, camisetas e melhoria na infra-estrutura dos espaços públicos.

A Smel e a associação de bairros assinam um termo de cooperação. As regras são bem claras: a associação não pode cobrar nenhum tipo de taxa do aluno e a criança ou adolescente precisa estar matriculado na escola. O projeto começou em julho do ano passado e, desde então, foram criados 32 Cates, com 64 voluntários, que atenderam no ano passado 4 mil crianças. A meta é atingir neste ano 10 mil crianças com a criação de mais 18 Cates.

“Queremos dar oportunidade para que crianças de qualquer ponto da cidade tenham acesso gratuito à prática do esporte, com toda a qualidade de infra-estrutura. O esporte coletivo integra crianças de vários bairros de Curitiba e Região Metropolitana, promovendo o desenvolvimento físico e social, e em alguns casos, revela e desperta aptidões”, afirma o prefeito Cassio Taniguchi. “Quem sabe não tenhamos, daqui a alguns anos, notícia de um craque que começou a carreira treinando em um Cates!”, diz Cassio.

Sonho de craque - O incentivo da Prefeitura ao esporte social pode contribuir para abrir as portas para pequenos talentos e tornar o sonho de ser um “Ronaldinho” ou um “Rivaldo” algo próximo do possível. “Quando percebemos que algum aluno de Cates demonstra mais interesse por futebol, tentamos ajudá-lo, encaminhando-o a testes em equipes de clubes e ou Universidade Livre do Esporte”, explica o secretário municipal de Esporte e Lazer, Cleyton Marcelo Pereira Motta, 10 anos, aluno do Cates Avelino Vieira, na Vila Tingüi (região Norte de Curitiba), participou de uma seletiva na equipe pré-mirim do Paraná Clube e foi classificado. “Eu e meu



marido damos todo apoio para que Cleyton pratique esporte. O esporte desenvolve a criança e oferece perspectiva de carreira. Tudo começou com a escolinha da Prefeitura e, se não fosse esse incentivo, não teria condições de pagar mensalidade em uma escolinha particular”, diz Loeci Pereira Motta, mãe de Cleyton.

Do outro lado da cidade, no Conjunto Diadema (região Sul), próximo à divisa com Araucária, um grupo de 80 adolescentes também está motivado com as aulas de futebol, dadas pelo pedreiro Valdemir Aparecido de Souza, conhecido como Bigode, voluntário no projeto Cates. “Gosto muito de jogar aqui e gostaria de um dia ser jogador de futebol, como o Edilson, do Corinthians. As aulas são boas e aprendemos também a nos comportar melhor, porque aqui o treinador não deixa falar palavrão”, conta o aluno Charles Junior Viola, 12 anos, atleticano.

No Diadema, o Cates foi viabilizado pela Smel em parceria com a Associação de Moradores dos Conjuntos Diadema. Os alunos treinam em uma área de lazer da Prefeitura, com um campo de futebol de grama e duas canchas de areia, para vôlei e futebol de areia. Bigode, o treinador, é apaixonado por futebol e se interessou em ajudar os meninos no projeto.

Bigode dedica as tardes de quinta-feira e sábados para treinar os meninos. “O menino que faz esporte tem uma ocupação e não se envolve com drogas. Este é um trabalho muito gratificante e nossa equipe já participou de várias competições com equipes dos bairros Umbará, Itatiaia e Vila Nossa Senhora da Luz”, destaca Bigode.

Bibliografia

ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C.. *PROMOÇÃO DA SAÚDE E CIDADES/MUNICÍPIOS SAUDÁVEIS: PROPOSTAS DE ARTICULAÇÃO ENTRE SAÚDE E AMBIENTE*. IN: MINAYO, M. C. D. S. e MIRANDA A. C. D. (Ed.). *SAÚDE E AMBIENTE SUSTENTÁVEL: ESTREITANDO NÓS*. RIO DE JANEIRO: EDITORA FIOCRUZ, 2002. p.151-171.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, SECRETARIA EXECUTIVA. *CONSTRUINDO A POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO À SAÚDE; DOCUMENTO PRELIMINAR*. BRASÍLIA. 2003

BUSS, P. M. PROMOÇÃO DE SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.5, n.1, p.163-177. 2000.

CURITIBA, PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA.
[HTTP://WWW.CURITIBA.PR.GOV.BR/ESPORTEELAZER.HTM](http://www.curitiba.pr.gov.br/esporteelazer.htm). ACESSADO EM 27/04/2004

CURITIBA, CÂMARA MUNICIPAL DE CURITIBA, *LEI MUNICIPAL Nº 9.942 CURITIBA*, DIÁRIO OFICIAL DO MUNICÍPIO, 29 DE AGOSTO DE 2000.

CURITIBA, INSTITUTO MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA. *RELATÓRIO ANUAL*. IMAP. CURITIBA. 2003

CURITIBA, INSTITUTO MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA. *MODELO DE GESTÃO CURITIBA*. IMAP. CURITIBA. 2000

KREMPEL, M. C. e S. T. M.. *AMBIENTES SAUDÁVEIS; UMA ESTRATÉGIA DE PROMOÇÃO DE SAÚDE. PROJETO TÉCNICO. SMS-CURITIBA*. CURITIBA. 2002

REIS, R. S.. *DETERMINANTES AMBIENTAIS PARA REALIZAÇÃO DE ATIVIDADES FÍSICAS NOS PARQUES URBANOS DE CURITIBA: UMA ABORDAGEM SÓCIO-ECOLÓGICA DA PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS*. DISSERTAÇÃO DE MESTRADO, UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, FLORIANÓPOLIS- 2000

SALLIS, J.F; OWEN, N. *PHYSICAL ACTIVITY & BEHAVIOR MEDICINE*. LONDON, UK, SAGE, 1999.

SICUPIRA, L. S.. *POLÍTICA MUNICIPAL DO ESPORTE E LAZER. PROJETO TÉCNICO. SMEL-CURITIBA*. CURITIBA. 2000.



Qualidade de vida e Promoção de Saúde: Uma visão estratégica para empresas



TELMA TEREZINHA RIBEIRO DA SILVA
PROGRAMA DE QUALIDADE DE VIDA NA MOTOROLA

Ao desenvolver este texto propus-me a apresentar um tema atual, que estivesse ligado à minha vivência profissional e que pudesse demonstrá-lo, a partir de uma visão administrativa e estratégica nas empresas. A saúde é, atualmente, parte das estratégias de gerenciamento nas organizações, contribuindo para a melhora da performance individual e produtividade de seus funcionários. Através da promoção de saúde a empresa busca criar um ambiente saudável que demonstre a sua preocupação com o desenvolvimento pessoal de seus funcionários e também com a responsabilidade social.

O objetivo deste capítulo é fazer uma reflexão sobre o panorama mundial da promoção de saúde e apresentar algumas referências de um modelo integrado de gerenciamento da saúde e qualidade de vida que possa conceitual e estrategicamente ser adotado pelas organizações.

Muito se fala em Qualidade de Vida dentro das organizações. Porém, apenas há poucos anos está se organizando uma abordagem estruturada do assunto e colocando-a como



parte integrante dos objetivos de negócio. Na década de oitenta os programas preventivos exerciam um papel fundamental para assegurar índices mais baixos de absenteísmo e segurança no trabalho. Aos poucos estes programas foram evoluindo para programas de incentivo à saúde física tais como: educação alimentar, incentivo à prática de atividade física e gerenciamento de crônicos. A partir da evolução conceitual do tema e sua ampla divulgação, esta abordagem passou a envolver aspectos comportamentais e holísticos. Respeitando a definição da Organização Mundial de Saúde, passou a integrar temas como saúde social, emocional e espiritual.

Ao falar de Promoção de Saúde nas organizações faz-se necessário entender que há uma estreita relação entre custo e benefício no desenvolvimento de políticas de segurança, meio ambiente e recursos humanos. É necessário entender que estas organizações esperam, entre outros benefícios, um retorno de investimento a partir da implementação deste tipo de programa. Para entender a lógica das organizações é preciso entender a problemática que aflige não só as organizações, mas os governos em geral – os altos custos com a assistência médica.

Não se pode falar neste tipo de programa sem estruturá-lo como projeto dentro dos objetivos estratégicos de uma organização. Gerenciar projetos requer habilidades administrativas, lidar com verbas financeiras e demonstrar resultados. Por este motivo, profissionais que pretendam desenvolver este trabalho em organizações devem ter conhecimentos de promoção de saúde, política sócio-econômica, relacionamento humano, gestão de projetos e habilidades para trabalhar em equipe.

As organizações oferecem uma série de benefícios aos seus funcionários, sendo o mais valorizado a assistência médica. Isto acontece porque estas organizações formataram seus produtos e modelos de gestão baseados na doença, um



marketing negativo para um negócio que tem por objetivo a saúde. Esta valorização traz um comportamento inadequado a indivíduos saudáveis que utilizam o plano assistencial além da demanda prevista, em virtude de problemas que nem sempre estão relacionados à doença, mas sim a aspectos psicossomáticos.

Percebendo esta demanda, as empresas procuraram desenvolver programas que orientem o indivíduo para um comportamento saudável, trabalhando a capacidade de resiliência para atender a grande demanda do mundo atual, que impõe ao indivíduo níveis elevados de estresse por problemas de ordem social, segurança, meio ambiente, entre outros. Por outro lado, o ambiente da assistência médica também está mudando, imposto pela crise econômica que enfrenta o mundo e pela escassez financeira enfrentada pelas pessoas físicas e jurídicas. Em se tratando de pessoa jurídica, as empresas que compram os planos de assistência médica para seus funcionários estão apostando fortemente na Promoção de Saúde objetivando retorno financeiro a partir de investimentos que resultem na qualidade de vida, performance pessoal e produtividade de seus funcionários. Faz-se premente que as empresas de assistência médica definam objetivos comuns e diversifiquem o conjunto de serviços para a prevenção e promoção da saúde, criando um sistema integrado de gestão da saúde que influa positivamente nos seus próprios negócios e de seus clientes, deixando de ser despesa para ser receita.

A Qualidade de Vida da população é determinada pelas condições econômicas de seu país, condições de emprego, habitação, educação e saúde. Segundo Sergio F. Piola – médico sanitário – IPEA “quase todos os países estão preocupados em tornar seus sistemas de saúde mais efetivos e eficientes. Maior efetividade no alcance dos objetivos relacionados a resultados, acessibilidade, equidade e maior eficiência



para alcançar os objetivos determinados, com a melhor combinação de recursos”.

Em alguns países, sobretudo os não desenvolvidos, o problema fundamental ainda está centrado em como resolver questões relacionadas com a insuficiente cobertura dos serviços, com as desigualdades (geográficas e entre grupos sociais) no acesso e utilização dos serviços sanitários. Em países desenvolvidos, que já alcançaram uma cobertura universalizada de seus serviços de saúde, persistem as preocupações com o desempenho do sistema, efetividade de novos recursos em termos de melhoria dos índices de saúde, capacidade de respostas do sistema diante das novas necessidades geradas pelo envelhecimento da população, capacidade em atender às expectativas dos usuários e, também, o que é muito importante, com a equidade em todas as suas dimensões (CAMARANO, 2002).

O mundo desenvolvido preocupa-se com o envelhecimento da população e custos com a doença, gerados por ela. No Brasil, 9% da população (14 milhões) tem mais de 60 anos, contra 4% em 1940, sendo que a previsão para 2020 é que este número cresça para 25,5 milhões (IBGE 2000). Devido ao subdesenvolvimento em algumas regiões, assistimos à migração dos trabalhadores da zona rural para a urbana e uma nítida tendência ao crescimento dos mesmos problemas que afligem os países desenvolvidos - o envelhecimento da população acrescido às doenças da civilização tais como: doenças cardíacas, câncer e obesidade.

Um novo fator ainda desponta como conseqüência das condições econômicas da população, o idoso prolongando o seu papel de provedor junto à família em função do desemprego dos jovens. As melhores condições de vida da população idosa são contrastadas com os efeitos das crises econômicas experimentadas pela população brasileira. Estas crises têm afetado a população jovem através do desemprego, violência



e drogas, gravidez precoce, separações, etc. O nível de pobreza entre a população de 25 a 59 anos cresceu. A população jovem não está tendo as mesmas condições econômicas que seus pais, principalmente no que tange à sua aposentadoria (PIOLA, 2000). A população está envelhecendo e o sistema de seguridade está entrando em colapso. O futuro parece reservar grandes desafios à população menos favorecida e ao seu Estado.

De que maneira esta crise influi na capacidade da população de arcar com suas despesas médicas? E de que maneira esta crise impacta os custos com assistência médica nas organizações? Qual a solução para uma população que, a cada dia, pode menos financeiramente, e para as empresas que precisam reduzir seus custos operacionais a fim de competir com uma produção globalizada?

Políticas de Promoção da Saúde fazem-se necessárias frente a este cenário. Ensinar e promover um ambiente que conduza as pessoas a um estilo de vida saudável torna-se imprescindível para a sustentação econômica dos negócios e do país.

Retomando a reflexão inicial, dá-se aqui a razão do interesse no desenvolvimento de programas de promoção de saúde. As organizações pretendem conter os custos com assistência médica, reduzir absenteísmo e o “turnover” de funcionários através destes programas. Além disto, pretendem obter benefícios adicionais tais como: o aumento da moral e a melhora da imagem institucional da empresa perante sua comunidade interna e externa.

O quadro abaixo é resultado de questionários de saúde aplicados amplamente em ambientes corporativos, entre trabalhadores de diversos setores da indústria e serviços:

Grupo de risco	%
Fumantes	22%
Risco cardíaco elevado	23%
Obesos	29%
Queixas gerais por estilo de vida inadequado (gastrites, dores de coluna, cefaléias, etc)	33%
Insônia	42%
Fadiga	54%
Estressados	56%
Sedentarismo	68%
Baixa qualidade nutricional	69%
Vida social pouco satisfatória	77%

De acordo com o quadro acima, podemos observar que os itens mencionados podem estar todos relacionados ao estilo de vida. Quantas consultas médicas e exames são gerados pelos 33% das pessoas com “queixas gerais por estilo de vida?” Qual o impacto do trabalho na qualidade de vida da população? Não se trata de afirmar aqui que a qualidade de vida consiste somente na promoção da saúde, mas as vivências do trabalhador em seu ambiente de trabalho repercutem em sua vida cotidiana e interferem positiva ou negativamente na mesma. Há algum tipo de questionamento como este por parte dos gestores destas empresas?

Em muitas empresas o que se observa ainda são modestas atuações com folhetos educativos, jornais informativos e o gerenciamento de grupos de crônicos, ações estas que atingem somente uma pequena parcela da população. Estas modestas intervenções não contribuem para a mudança do estilo de vida dos funcionários, que continuam na busca incessante por médicos e exames, acreditando que desta forma não fica-



rão doentes. Que tipo de abordagem e orientação estas pessoas encontram nos consultórios médicos? O médico, com algumas exceções, sem tempo e tentando fazer mais consultas a fim de melhorar o seu desempenho financeiro, sequer pensa em dispor de ferramentas educativas aos seus clientes e se o fazem é de maneira superficial.

De que maneira os planos de assistência médica poderiam atuar para reduzir este panorama? Que produto, além da atenção à doença, estes planos poderiam oferecer a fim de capitalizar clientes e mantê-los saudáveis? Que profissionais, além do médico, poderiam fazer parte da atenção à saúde proposta pelos planos de assistência médica?

Há uma variedade de profissionais que deveriam, mas não são considerados por estes planos: Pedagogos, Enfermeiros, Psicólogos, Terapeutas Ocupacionais, Fisioterapeutas. É a este questionamento que os planejadores estratégicos e gestores destas empresas devem responder.

Existe, portanto, uma série de oportunidades disponíveis para quem caminhar em direção ao futuro com olhos para a promoção da saúde. Este início de década mostra um grande potencial de crescimento da promoção de saúde, tanto no Brasil como na América Latina. Em nosso país, considerando que 20% de uma população de 160 milhões de pessoas necessitam de cuidados relacionados à doença, teremos 80% da mesma elegível para receber ações de promoção da saúde (aproximadamente 130 milhões de pessoas). Este número, por si só é um considerável mercado a ser explorado (Ricardo De Marchi – 2000).

Boas práticas em qualidade de vida nas organizações

Quando pensamos em Qualidade de Vida nas organizações temos que vê-la como uma ferramenta de gestão. Qualidade de Vida no trabalho tem algumas definições:

“É uma filosofia de gestão que melhora a dignidade do empregado, possibilita trocas culturais e abre oportunidades para o desenvolvimento e progresso pessoais” (FRENCH, WENDELL, 1996).

“É uma filosofia, um rol de crenças que englobam todos os esforços para implementar a produtividade e melhorar o moral (motivação) das pessoas, enfatizando a sua participação na preservação de sua dignidade através da eliminação de aspectos disfuncionais da hierarquia organizacional” (GIBSON, IVANICEVICH e DONELLY, 1996).

Independente de como “Qualidade de Vida” é definida, ela vem se consolidando como uma filosofia de trabalho nas organizações participativas. Portanto, pode ser entendida como uma filosofia organizacional que busca o desenvolvimento dos colaboradores e, por consequência, a eficiência e eficácia empresarial. (SILVA, 1998).

Antes de implementar um projeto de qualidade de vida em uma organização há que se observar algumas práticas e políticas necessárias nas organizações para resultados satisfatórios:

- 1- Condições de segurança e bem-estar: seria contraditório que uma empresa demonstrasse interesse pela qualidade de vida de seus funcionários sem con-



dições mínimas de segurança no trabalho, com um ambiente insalubre ou sem condições de higiene.

2- Oportunidades de desenvolvimento e crescimento contínuo: empresas que realmente preocupam-se com seus funcionários desenvolvem programas de capacitação profissional e permitem que seus funcionários tenham oportunidades de carreira.

3- Reconhecimento e recompensa: associado ao desenvolvimento profissional uma política sólida de reconhecimento e recompensa demonstram ética e respeito pelo trabalhador.

4- Retenção: empresas que valorizam a sua mão de obra instituem competitivos programas de benefícios e primam pelas relações sadias no trabalho.

5- Orgulho profissional: empresas que infundem respeito e admiração em seus funcionários através de uma comunicação efetiva e “endomarketing”.

6- Integração empresa, sociedade e família: valorização da empresa através de programas junto à comunidade em que está inserido, benefício extensivo aos familiares demonstram o valor da empresa e valorizam as ações de um programa de qualidade de vida.

A partir destas premissas pode-se então planejar um programa que objetivará a valorização de todas as políticas acima referidas. Como ferramenta de gestão, um programa de qualidade de vida deve seguir uma metodologia que asse-



gure aspectos básicos de gerenciamento, como temos a seguir.

Implementação e avaliação de um programa de qualidade de vida nas organizações:

1- **A organização e o posicionamento do programa:**

O programa de promoção de saúde e qualidade de vida somente será efetivo se estiver estrategicamente posicionado na organização através dos seguintes passos:

- Suporte e participação gerencial:

- a. Alta gerência e gerência intermediária provendo forte liderança e recursos;
- b. Alta gerência criando políticas que assegurem a mudança para um local de trabalho saudável;
- c. Alta gerência participando visivelmente nas atividades de promoção de saúde e qualidade de vida;
- d. Alta gerência atualizada e informada sobre as estratégias, o impacto e resultados do programa.

2- **Integração com a missão e cultura da organização:**

A organização reconhece o valor dos empregados e a importância de uma força de trabalho saudável nos documentos que regem a sua política:

- a. Existência de um conceito de que saúde dos empregados, bem-estar e segurança é parte da cultura da organização;
- b. O programa de promoção de saúde e qualidade de vida está alinhado com as estratégias de desenvolvimento de recursos humanos.

3- **Recursos adequados:**

Recursos adequados estão alocados para o desenvolvimento do programa e seus objetivos (pessoal e financeiro):

- a. A organização maximiza os recursos existentes para a proposta da promoção de saúde.

4- **Estrutura do Programa:**

O programa de promoção de saúde tem uma estrutura efetiva que:

- a. Inclui um comitê representativo que propõe políticas organizacionais de saúde, que além de planejar, implementa e avalia o programa;



b. Gerência engajada através da organização e participando ativamente no planejamento e implementação dos programas de promoção de saúde e qualidade de vida;

c. Tem relação direta com outros comitês como, por exemplo: esportes e recreação, benefícios, treinamento, restaurante, etc);

d. Tem uma estreita cooperação com a segurança do trabalho, saúde ocupacional e preventiva.

e. Reconhecimento para a contribuição dos membros do comitê que planejam e implementam o programa de promoção de saúde.

5- **Treinamento apropriado para a gerência e membros do comitê:**

As gerências e pessoas diretamente envolvidas com o planejamento e gerenciamento do programa deve ter um adequado treinamento.

6- **Planejamento e avaliação do programa:**

Um programa efetivo necessita ser sistematicamente planejado, implementado e avaliado. Os elementos-chave nesta categoria são:

- **Fundamentar-se nas necessidades percebidas e atuais:**

a. Um levantamento regular deve ser conduzido, envolvendo a coleta, análise e interpretação de vários tipos de informação:

b. Dados organizacionais (custos médicos, absenteísmo, e “turnover” de funcionários);

c. Dados dos empregados (“status” do risco de saúde individual, dados de sedentarismo, práticas de estilo de vida e saúde, e moral dos funcionários);

d. Dados do ambiente de trabalho (riscos no ambiente e instalações).

7- **Plano de programa estabelecido:**

Prioridades para o programa serão baseadas na análise e interpretação das necessidades levantadas:

a. Objetivos de curto e longo prazo e comunicação à organização;

b. Os objetivos do programa devem ser específicos, mensuráveis, orientados, reais e com tempo definido;

c. A organização deve ter uma abordagem sistemática para selecionar e desenhar intervenções inovadoras, efetivas, culturalmente aceitas, acessíveis a todos e visíveis para os seus investidores;

d. A organização deve usar métodos efetivos para ter um marketing de suas intervenções e atividades.

8- **Avaliação da condução do programa:**

O processo do programa é avaliado para determinar como e porque o programa está ou não tendo sucesso:

- a. O impacto do programa é avaliado para saber se os objetivos de curto prazo estão sendo alcançados;

9- **Compreensão do programa:**

O programa é compreendido se ele está designado para todos os empregados em todos os níveis de saúde e inclui estratégias para todas elas:

- **Cobertura em 4 áreas chaves:**

- a. Atividade física;
- b. Alimentação saudável;
- c. Antitabagismo;
- d. Saúde mental.

10- **Intervenções de avaliação em massa:**

Avaliação do risco de saúde para doenças relacionadas ao estilo de vida (exames, avaliação massa corporal, avaliação física, etc).

- Abordagem equilibrada:

A organização coloca igual ênfase em cada um dos componentes acima relacionados:

- a. Educação e promoção em saúde – provê intervenções para melhorar o comportamento e o conhecimento da saúde;
- b. Provê intervenções para encorajar mudança de atitude e mudança de comportamento.
- c. Suporte ambiental:
- d. Criação de um ambiente de suporte (recursos físicos e materiais);
- e. Criação de uma cultura organizacional (clara comunicação e práticas gerenciais que reduzam o estresse organizacional);
- f. Políticas organizacionais:
- g. Estabelecer procedimentos para assegurar um ambiente de trabalho saudável e seguro, incluindo:
 - Políticas de saúde (qualidade do ar, ergonomia, ambiente livre de fumaça de cigarro, alimentação saudável, etc).
 - Políticas relacionadas a benefícios (benefícios flexíveis tais como reembolso para a prática de atividade física, flexibilidade de horário, etc).



- Políticas relacionadas à saúde ocupacional e assistência médica.

11- Resultados do Programa:

Um compreensivo, efetivo e sustentável programa de promoção de saúde e qualidade de vida deve produzir resultados que indiquem que está ocorrendo melhora organizacional e dos funcionários.

- Análise de dados demonstrando resultados baseados nos objetivos do programa:

- a. Indicadores como custo com assistência médica, absentismo e “turnover”;
- b. Avaliação do risco de saúde dos funcionários, sedentarismo, clima organizacional;
- c. Os resultados devem ser baseados em retorno de investimento.

Baseada em minha experiência prática, no desenvolvimento e implantação de um projeto como este, foram necessários dois anos de um contínuo exercício de convencimento, não só do corpo gerencial da empresa em que trabalho, mas dos meus parceiros de trabalho. Foi necessário um treinamento e o amadurecimento de conceitos teóricos que obtive. Estes conhecimentos precisam ser implementados na prática e, em certos momentos, parecem de impossível aplicação. Além do aprendizado teórico-prático do assunto em si, há que se aprender a utilizar a metodologia adequadamente.



Estrategicamente, são necessárias idas e vindas em conversas, apresentações e leituras, visitas de “benchmark” para que todos os aspectos acima descritos tornem-se realidade. Creio que o mais difícil é implementar o projeto como ferramenta de gestão, porém é somente desta forma, apresentando conceitos, ações e possibilidades de retorno de investimento que se convencem os diretores, gerentes e parceiros de diversas áreas da empresa. É necessário que se desperte, em cada área da empresa e em cada gerente, o interesse pessoal de retorno a partir da utilização desta ferramenta.

Na empresa em que trabalho há uma área, nos Estados Unidos, que cuida dos programas de bem-estar. Em função da recente re-engenharia ocorrida na organização, houve uma descentralização desta área e cada unidade da corporação passou a desenvolver as suas próprias iniciativas. No Brasil ainda não havíamos implementado um projeto de Promoção de Saúde e Qualidade de Vida. A unidade contava com diversos programas e políticas que vinham ao encontro com os pré-requisitos necessários ao seu desenvolvimento: uma forte área de treinamento e desenvolvimento, benefícios competitivos, um Grêmio recreativo fortemente posicionado em atividades físicas, políticas de segurança e baixos índices de acidentes, padrões ergonômicos adequados. Iniciamos, então, um processo de criação e institucionalização de um Programa de Qualidade de Vida. A partir do envolvimento do gerente de Segurança, da Saúde Ocupacional e também com a gerência de Recursos Humanos, iniciamos uma série de apresentações formais à alta gerência, justificando a necessidade do desenvolvimento do projeto. Várias visitas de “benchmark” foram realizadas no Brasil e uma visita internacional à unidade da empresa.

Era necessário, portanto, organizar as iniciativas já existentes em diversas áreas da empresa e dar uma visibilidade a elas. Criamos, então, uma identidade visual para o Pro-



grama e inserimos, num primeiro momento, todas as ações relacionadas à qualidade de vida já existentes na empresa. Neste primeiro momento fazia-se necessário mostrar esta identidade visual a todos os funcionários e formalizar a existência do programa. Fizemos isto a partir de “workshops” de treinamento a todos os funcionários incluindo a alta gerência. Neste treinamento foi abordado o conceito de saúde integral, o qual era representado por uma logomarca. Este momento foi fundamental, pois para a maioria das pessoas a saúde refere-se somente ao domínio físico. O objetivo desta primeira abordagem foi mostrar ao funcionário a importância do autogerenciamento da saúde em todos os seus aspectos e incutir nele a auto-responsabilidade pela sua saúde integral. A partir daí, quando em contato com as ações do programa, o funcionário poderia relacioná-las a algum aspecto da sua saúde (emocional, física, espiritual, profissional, intelectual ou social). Chamamos este primeiro momento de “Institucionalização do Programa”. Ao mesmo tempo, várias abordagens gerenciais foram necessárias a fim de “vender” a institucionalização do programa.

Um primeiro levantamento foi realizado a partir de estatísticas do questionário de saúde e estilo de vida obtido com a aplicação do exame médico periódico. Este questionário detecta os principais problemas de ordem física, social e emocional que seria necessário trabalhar nas ações do programa. Detectamos alguns aspectos da saúde física que, segundo os dados levantados, exigiam ação imediata: alto índice de pessoas com sobrepeso – cerca de 30% da população e alto índice de sedentarismo – 60% da população composta de uma faixa etária jovem, levando-nos à conclusão de baixos índices de cronicidade.

Através do Programa de Apoio ao Funcionário observamos uma grande oportunidade para o trabalho em saúde



emocional, ajudando as pessoas a melhor gerenciar melhor as demandas psíquicas do dia-a-dia.

Algumas ações básicas na área de medicina preventiva foram mantidas e incrementadas como as ações com o restaurante que objetivaram o oferecimento de alimentos saudáveis e equilibrados do ponto de vista nutricional, ações de incentivo à atividade física e lazer que foram intensificadas através do Grêmio recreativo da empresa. O envolvimento de áreas parceiras foi fundamental para formação de um grupo que passou a interagir e criar novas ações. Este grupo é formado por profissionais de Recursos Humanos, Grêmio, Comunicação, Treinamento, Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho.

Após um ano de institucionalização do programa observou-se um aumento no nível de confiança do grupo envolvido e também da alta gerência. Evoluímos então para um modelo estratégico de gestão da performance pessoal. Acreditamos que, mais do que um programa de Qualidade de Vida, esta ferramenta de gestão permite tornar o indivíduo capacitado a gerenciar a sua própria performance em todos os aspectos da saúde integral. Este modelo foi idealizado a fim de promover a integração de ações de promoção de saúde e qualidade de vida e assistência médica. Foram criadas quatro estratégias principais com objetivos e ações direcionadas para a obtenção de resultados assim estruturadas:

a. **Criar uma política de valorização da Qualidade de Vida e desenvolvimento da performance pessoal:**

Esta estratégia tem por objetivo criar cultura e incorporar qualidade de vida nos objetivos de cada área e estabelecer métricas de qualidade de vida a serem acompanhadas pelos



gerentes nas diversas áreas da empresa. Esta estratégia demanda as seguintes ações:

- a criação de um índice de qualidade de vida que possa ser utilizado gerencialmente;
- incorporar o conceito de qualidade de vida dentro da política de recursos humanos.

b. **Gestão integrada de saúde:**

Esta estratégia tem por objetivo integrar o plano de assistência médica com as ações para a promoção de saúde, atuando em cinco grupos básicos de indivíduos:

- Saudáveis: aqueles indivíduos que não apresentam doença ou desvios para doença crônica.
- Com risco: sobrepesos, hipertensos, alterações em colesterol, alterações em glicemia.
- Doenças agudas: indivíduos com alta utilização do plano de assistência médica em visitas ambulatoriais e de pronto socorro.
- Doenças crônicas: indivíduos com doenças crônico-degenerativas.
- Catastróficos: indivíduos que sofreram graves traumas ou portadores de câncer, Aids e doenças neurológicas.

Para cada um destes grupos ações específicas são determinadas a fim de trazer estes indivíduos para condições



cada vez mais saudáveis. Estas ações são: educação, treinamento para adequada utilização do plano médico, avaliações médicas e reorientação do estilo de vida, exames preventivos, visita domiciliar, “home care”, entre outras.

Atuando objetivamente nestes cinco grupos podemos criar um “continuum” de ações que direcionem as pessoas para a condição saudável, reduzindo os custos com a assistência médica.

c. Capacitação para o autogerenciamento da saúde:

Nesta estratégia cabem ações relacionadas à melhoria da auto-estima e mudança de comportamento e auto-responsabilidade. As ações compreendem:

- Aplicação de um questionário de autogerenciamento da saúde;
- Treinamento motivacional para mudança de comportamento;
- Treinamento para aprendizado do gerenciamento das finanças pessoais.

d. Ambiente de suporte saudável:

O objetivo desta estratégia é facilitar o aprendizado para mudança de estilo de vida através da criação de ações



educativas, comunicação e suporte individualizado.

As ações que compreendem esta estratégia são:

- Orientação individualizada para prática de atividade física, nutrição e prevenção de doenças;
- Campanhas educativas regulares: criamos junto à área de comunicação três campanhas básicas para este primeiro ano – educação alimentar, incentivo à prática de atividade física e gerenciamento da saúde emocional.

Além das campanhas criamos um espaço no Jornal interno da empresa e um “website” interno para divulgar as ações do programa e os assuntos em foco no momento.

- Criação de eventos de lazer pelo Grêmio Recreativo.
- Manutenção de apoio emocional individualizado (psicoterapia).

A partir da criação deste modelo de gestão partimos então para a comunicação à alta gerência e gerências intermediárias. Esta etapa é muito importante, pois trata de compartilhar seus conceitos com todo o corpo gerencial e convencê-los da utilização da ferramenta de gestão. Além disto, através do estudo dos custos com assistência médica, previsão de gastos com o programa e o levantamento de prováveis gastos com a população de risco (sedentários, obesos, pessoas com problemas emocionais, etc) pudemos estimar um retorno de investimento a partir da implementação das ações. Nos Estados Unidos, a unidade americana desta organização elaborou um estudo estatístico que demonstrou o retorno de investi-



mento em promoção de saúde analisando os custos de assistência médica de dois grupos: os que praticavam atividade física e os que não praticavam. Analisaram o impacto que este segundo grupo causava no custo com assistência médica, com doenças relacionadas a estilo de vida. Comprovaram o retorno de US\$ 1:3.93 (3.93 dólares de retorno para cada 1 dólar investido) no ano de 2002. Utilizamos dados deste estudo para demonstrar, através de projeções, qual seria o impacto em nossa realidade.

Conclusão

Desafios como estes constróem uma sólida base para o bem-estar dos trabalhadores nas organizações. É nosso papel, enquanto profissionais de saúde, educação, recursos humanos, segurança do trabalho e meio ambiente desempenhá-lo tão bem como qualquer outro profissional nas organizações.

Planejamento, estudo, trabalho em equipe e, principalmente, habilidades gerenciais são importantes neste processo. Grandes possibilidades existem e muito trabalho há a fazer nesta área, não só nas organizações, mas no setor público, nas políticas de governo, nas universidades. A utilização do referencial de promoção de saúde é fundamental para a formulação de políticas públicas, assim como para o planejamento de atividades específicas, junto a grupos populacionais (SILVEIRA, 2002, p. 9). Segundo a carta de Ottawa (1986): “a promoção da saúde consiste em proporcionar à população às condições e requisitos necessários para melhorar e exercer controle sobre a sua saúde, envolvendo: a paz, a educação, a moradia, a alimentação, a renda, um ecossistema estável (e eu diria aqui – sustentável), justiça social equidade”.

Bibliografia

PIOLA, S. ANÁLISE COMPARADA DE SISTEMAS DE SAÚDE: APRENDENDO COM AS DIFERENÇAS. RIO DE JANEIRO, 2000.

CAMARANO, A.A. BRAZILIAN POPULATION AGEING: DIFFERENCES IN WELL-BEING BY RURAL AND URBAN AREAS. RIO DE JANEIRO, 2002.

MARCHI, R. HOSPITAIS E PROMOÇÃO DE SAÚDE. SÃO PAULO, 2000.

SILVEIRA, V.A. TRABALHO E QUALIDADE DE VIDA DOS TRABALHADORES DE ENFERMAGEM DE UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA. CAMPINAS, 2002.

SILVA, A .M. QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO. RIO DE JANEIRO, 1998.

FRENCH, WENDELL, DESARROLLO ORGANIZACIONAL, MADRID, PRENTICE HALL, 1996.

GIBSON, IVANICEVICH & DONELLY – LAS ORGANIZACIONES, MADRID, MAC GRAW HILL. 1996.

HEALTH PROMOTION BOARD. ASSESSMENT CRITERIA AND CHECK LIST. SINGAPORE. 2002.

ANUÁRIO ESTATÍSTICO DE SAÚDE DO BRASIL. 2001. DISPONÍVEL: [HTTP://PORTAL.SAUDE.GOV.BR/SAUDE/APLICACOES/ANUARIO2001/RECFIN/INTRUD.CFM](http://portal.saude.gov.br/saude/aplicacoes/anuario2001/recfin/intrud.cfm) (ACESSADO EM 05/05/2003).

Sobre a Autora

Enfermeira formada pela Universidade Estadual de Londrina. Pós-Graduação em Enfermagem do Trabalho pela PUC - Campinas, Administração Hospitalar - Fac. São Camilo. Gestão de Saúde - MBA - Fundação Getúlio Vargas. Treinamento em Promoção de Saúde e Qualidade de Vida pela American University - EUA. Atuou durante 7 anos como Enfermeira do Trabalho responsável por projetos de saúde ocupacional e higiene industrial, prevenção e promoção de saúde na Du Pont do Brasil S.A. Responsável pelo desenvolvimento, implementação e coordenação do Programa de Qualidade de Vida na Motorola.