

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC-SP

Giselle Alice Martins Canton

**O LAZER COMO UMA DAS POSSÍVEIS ESTRATÉGIAS DE
PROMOÇÃO DA SAÚDE NAS CLASSES SUBALTERNAS: UM
ESTUDO DE CASO NA ZONA LESTE DE SÃO PAULO**

DOUTORADO EM SERVIÇO SOCIAL

SÃO PAULO

2008

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC-SP

Giselle Alice Martins Canton

**O LAZER COMO UMA DAS POSSÍVEIS ESTRATÉGIAS DE
PROMOÇÃO DA SAÚDE NAS CLASSES SUBALTERNAS: um
estudo de caso na Zona Leste de São Paulo**

DOUTORADO EM SERVIÇO SOCIAL

Tese apresentada à Banca Examinadora como exigência parcial para obtenção do título de Doutor em Serviço Social, pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, sob a orientação da Prof.^a Dra. Mariângela Belfiore Wanderley

São Paulo

2008

Banca Examinadora

Aos amores da minha vida e fontes de inspiração:

Beto e Sofia

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Rita e José, por todo acolhimento e especial atenção que sempre tiveram à Sofia, sem este apoio seria difícil concluir a tese;

À Vera Freire por conduzir os meus passos, quando perdidos;

Às amigas e companheiras que conquistei ao longo deste percurso e cujo blá, blá, blá, foram imprescindíveis para vários *insights* e contribuições, e também alívio, descontração e boas gargalhadas. Obrigada: Lidu, Fran e Ana Lúvia;

À amigona e irmã do coração Márcia, que compartilhou comigo os últimos momentos, em que me “internei” na PUC para terminar a redação da tese. Nossos almoços davam novo ânimo para o 2º tempo;

À minha sempre e querida “mestre”, Prof.^a Dra. Regina Giffone Marsiglia, uma referência constante na minha vida profissional e acadêmica;

Ao Núcleo de Estudos e Pesquisa em Movimento Social, que despertou meu interesse e meu afeto pelos estudos da participação cidadã;

Ao Programa de Estudos Pós-graduados em Serviço Social pelo alto nível de comprometimento, junto a nós, alunos, e pelo oferecimento de professores tão qualificados e gabaritados.

À Faculdade Santa Marcelina - Unidade Itaquera, que me propiciou licença das minhas atividades, demonstrando reconhecimento da importância deste passo. Agradeço especialmente à Irmã Luiza Vanz, Vice-diretora; ao Prof. Dr. Paulo Cobellis Gomes, Pró-diretor Acadêmico, ao Prof. Dr. Gilberto Tadeu Reis da Silva, Pró-diretor Administrativo-Financeiro e Coordenadores de Curso: Ibevan Soares e Lucimara Duarte;

À Clínica Nossa Senhora Aparecida, que confiou na importância neste estudo e abriu suas portas para que ali fosse desenvolvida a pesquisa de campo;

À Claudia Zanini, assistente social, que me auxiliou na execução dos grupos focais e na transcrição dos depoimentos.

Em especial:

À minha orientadora de Tese, Prof.^a Dra. Mariângela Belfiore Wanderley que partilhou comigo seus conhecimentos e com quem aprendi a conduzir a tese com leveza, admiração e confiança. Obrigada pelos laços de amizade que fomos tecendo.

Às mulheres que participaram dos grupos focais, sem suas palavras, sentimentos e gestos, este estudo não se completaria. Espero que nossas conversas tenham contribuído para reflexões em seus cotidianos;

À CAPES e ao CNPQ, que ofereceram apoio financeiro do início ao término da tese.

RESUMO

No contexto do desenvolvimento capitalista o homem é fragmentado em suas práticas, passando a ser valorizado em relação ao que produz e consome. A sociedade urbano-industrial impõe um ritmo de vida em que o lazer se opõe ao trabalho e se torna dependente de um tempo liberado das horas trabalhadas. Isso resulta numa idéia equivocada de que o lazer é uma forma de resistência para o dia-a-dia, um meio de restabelecer energias. Logo, se perde a perspectiva do lazer enquanto uma prática social privilegiada, que envolve opções, interesses, posturas e atitudes e se abre a possibilidade de ser entendida numa dimensão educativa. Nesse sentido é que se justifica o lazer ser compreendido, neste estudo, como uma experiência humana que pode contribuir para o desenvolvimento cultural de sujeitos sociais, destacando-se sua ação sobre o processo saúde-doença para a promoção da saúde. A conformação do nosso objeto de pesquisa: o lazer como uma das estratégias possíveis de promoção da saúde entre as classes subalternas, se deu a partir da problemática de como o lazer e a saúde vêm sendo apropriados como direito social no cotidiano destas classes, cuja identidade subalterna se encontra na ausência de poder de mando, de decisão, de criação e de direção. Trabalhou-se com as categorias analíticas de saúde, lazer e promoção da saúde. Resgatando-se, numa perspectiva histórico-dialética, a trajetória sobre a compreensão do processo saúde-doença e os modelos conceituais que predominaram até o século XX, quando ao final deste século, o conceito de promoção da saúde, ganha ressonância na América Latina. Procurou-se trabalhar o conceito de lazer datado a partir do desenvolvimento capitalista, enfatizando a importância da sua dimensão educativa. Buscou-se na trajetória das políticas culturais, como o lazer vem sendo tratado. A preocupação em tratar o objeto da pesquisa numa dimensão teórica-prática, se revela no percurso metodológico escolhido, que envolveu um estudo de caso, sendo os sujeitos formados por usuários de um serviço de saúde da Zona Leste de São Paulo. É neste estudo de caso, que contempla-se o problema da pesquisa: como a dimensão do lazer se apresenta no cotidiano das classes subalternas, tendo em vista a promoção da saúde? As análises dos depoimentos e as discussões teóricas levaram a concluir que o lazer pode ser considerado uma das estratégias de promoção de saúde, desde que haja por um lado o desenvolvimento de uma ação política democratizante, que envolva projetos intersetoriais, e por outro o incentivo da participação cidadã nos processos decisórios da política, por meio do incremento de programas de formação de animadores culturais que trabalhem a questão do direito do lazer junto à comunidade. Com isso, espera-se que a vida associativa da comunidade seja alavancada, por meio de reivindicações concebidas a partir de intervenções planejadas, organizadas e periódicas, o que depende de um novo protagonismo civil, que seja ao mesmo tempo político e crítico, capaz de romper com a identidade subalterna presente na ausência de poder de mando e participação nos processos decisórios no âmbito da política social brasileira.

Palavras-chave: saúde, promoção da saúde, lazer

ABSTRACT

In the context of capitalist development, man is fragmented into his practices and is valued according to what he produces and consumes. The urban-industrial society imposes a life style where leisure opposes work and is dependant of a time that is free from work. The result is a mistaken idea that leisure is a manner to put up with the day-by-day activities, a way to restore energy. Thus, people lose the perspective of leisure as a privileged social practice which encompasses options, interests, postures and attitudes, something that raises the possibility of understanding it in an educational dimension. In this regard, it is justifiable to comprehend leisure, within this work, as a human experience that may contribute to the cultural development of social subjects, stressing their behaviour towards the health-illness process in order to promote good health. The conformation of the object of our research – leisure as a strategy feasible to promote good health among subordinate classes - arouse from the notion of how leisure and health have been perceived as a social right in the everyday lives of these classes, whose subordinate identity is found in the lack of power of command, decision, creation, and direction. Working with analytic categories of health, leisure, and health promotion, we have recovered, from a historic-dialectic perspective, the trajectory taken by the perception of the health-illness process and the conceptual patterns that prevailed until the end of the 20th century, when the concept of promoting health got significance in Latin America. We have worked with the concept of leisure using the capitalism development period as a starting point, focusing on the importance of its educational dimension. Following the trajectory of cultural policies we have tried to find out how leisure has been dealt with. Our concern over dealing with the object of this research within a theoretical-practical dimension is exposed in this study by the chosen methodological course, which included a case study with subjects comprising users of a healthcare center in the east side of São Paulo city, Brazil. It is in this case study we have reflected on the issue of the research: what is the purpose of leisure in the daily routine of subordinate classes, with focus on promoting good health. Analyses of statements and theoretical discussions took us to the conclusion that leisure may be deemed as a strategy both to promote good health, as long as democratizing political actions are put in place and involve intersecting projects, and to incentive citizens to take part in political decision processes with use of incrementing educational programs for cultural entertainers who work with the issue of the community's right to have leisure. This way we expect that the associative lives of the community be leveraged through conceived claims based on planned, organized and regular interventions, which depend on a new civil protagonist that is at the same time political and critical, capable of breaking up the subordinate identity present in the lack of power of command and participation in the decision processes within the scope of the Brazilian social policy.

Keywords: leisure; health; promote good health.

LISTA DE FIGURAS

QUADRO 1. ESTRATÉGIA TEÓRICA E METODOLÓGICA PARA CONSTRUÇÃO DA TESE.....	25
QUADRO 2. FLUXOGRAMA DOS PROJETOS SOCIAIS DA FACULDADE SANTA MARCELINA - UNIDADE ITAQUERA.....	33
GRÁFICO 1. RENDA INDIVIDUAL.....	142
GRÁFICO 2. RENDA FAMILIAR.....	143
GRÁFICO 3. QUANTITATIVO DA PARTICIPAÇÃO NAS ATIVIDADES DA CNSA.....	144
GRÁFICO 4. QUANTITATIVO DOS TIPO DE PERSPECTIVA QUE O USUÁRIO POSSUI EM RELAÇÃO À ATIVIDADE QUE FREQUENTA.....	144

LISTA DE TABELAS

TABELA 1. AÇÕES DE SAÚDE.....	134
TABELA 2. EQUIPAMENTOS DE SAÚDE.....	134
TABELA 3. COMPARATIVO DE UBSs.....	134
TABELA 4. EQUIPAMENTOS DE CULTURA E ESPORTE.....	135
TABELA 5. MEIO AMBIENTE.....	136
TABELA 6. FINANÇAS PÚBLICAS.....	137
TABELA 7. PROJETO INTERAGINDO COM A COMUNIDADE	
ITAQUERA: PROGRAMA SAÚDE EM PAUTA	138

LISTA DE SIGLAS

ABRASCO - Associação Brasileira de Saúde Coletiva
BPC - Benefício da Prestação Continuada
CNSA - Clínica Nossa Senhora Aparecida
CDMs - Clubes Desportivos Municipais
CNIC - Comissão Nacional de Incentivo à Cultura
COHAB - Companhia Metropolitana de Habitação de São Paulo
CEB's - Comunidades Eclesiais de Base
CLT - Consolidações das Leis do Trabalho
DV - Defesa da Vida
DL - Desenvolvimento Local
ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente
FASM/It - Faculdade Santa Marcelina – Unidade Itaquera
FINEP - Financiadora de Estudos e Projetos
HND - História Natural da Doença
OMS - Organização Mundial da Saúde
OS - Organização Social
PNS - Plano Nacional de Saúde
PPA - Plano Plurianual
PAC - Programa de Aceleração do Crescimento
PF - Programa Fortalecendo a Família
PNI - Programa Nacional de Imunizações
PSF - Programa Saúde da Família
SESC - Serviço Social do Comércio
SESI - Serviço Social da Indústria
SAB's - Sociedades Amigos de Bairro
T USP - Teatro da USP
UBS - Unidade Básica de Saúde
VS - Vigilância da Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	14
1.1. A construção do objeto de estudo.....	15
1.2. A abordagem teórico-metodológica do objeto de estudo	20
1.3. O contexto teórico da investigação.....	26
1.4. O contexto empírico da investigação	32
<i>1.4.1. A pesquisa de campo.....</i>	<i>32</i>
<i>1.4.2. A análise dos dados.....</i>	<i>36</i>
<i>1.4.3. A estrutura da tese</i>	<i>38</i>
2. PROMOÇÃO DA SAÚDE: NOVA CONCEPÇÃO NA ABORDAGEM DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA	40
2.1. O processo saúde-doença	42
2.2. A promoção da saúde	58
<i>2.2.1. A promoção da saúde no plano nacional de saúde</i>	<i>70</i>
3. DISCUSSÃO CONCEITUAL DO LAZER: UMA PERSPECTIVA HISTÓRICA DATADA PELO DESENVOLVIMENTO URBANO-INDUSTRIAL.....	80
3.1. Perspectivas do lazer na sociedade pré e pós-industrial	81
3.2. O desenvolvimento do lazer no Brasil: da cultura nacional à indústria cultural no mundo globalizado.....	90
3.3. O lazer como exercício da cultura.....	106
<i>3.3.1. Cultura e a sociologia clássica</i>	<i>111</i>
<i>3.3.2. Cultura em Gramsci</i>	<i>112</i>
4. O LAZER COMO DIMENSÃO DA PROMOÇÃO DA SAÚDE ENTRE AS CLASSES SUBALTERNAS: UM ESTUDO DE CASO NO DISTRITO DE ITAQUERA – ZONA LESTE DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO	117
4.1. A Itaquera dos sujeitos da zona leste e a inserção da Clínica Nossa Senhora Aparecida: desvelando o lócus da pesquisa de campo	122
<i>4.1.1. As histórias de Itaquera.....</i>	<i>122</i>
<i>4.1.2. A Itaquera de hoje</i>	<i>131</i>
<i>4.1.3. A inserção da Clínica Nossa Senhora Aparecida em Itaquera</i>	<i>137</i>
4.2. Perspectivas para o entendimento do lazer como uma das possíveis estratégias de promoção da saúde entre os usuários da Clínica Nossa Senhora Aparecida.....	140

<i>4.2.1. Caracterização do perfil dos entrevistados</i>	140
<i>4.2.2. O lazer entre os usuários da Clínica Nossa Senhora Aparecida e as perspectivas para a promoção da saúde</i>	145
4.3. Eixo 1: representações sobre o lazer	147
4.4. Eixo 2: postura e atitude frente à prática do lazer	155
4.5. Eixo 3: a percepção do lazer para a promoção da saúde	160
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	164
6. REFERÊNCIAS	168
APÊNDICES	175
APÊNDICE 1	176
APÊNDICE 2	177

1. INTRODUÇÃO

O que é, exatamente pode ser tal como é, não vai ficar tal como está (Bertold Brecht)

A produção de conhecimento no Serviço Social brasileiro se desenvolve e se reorienta a partir das tensões que constituem a tessitura da realidade social em suas implicações sociais, econômicas, políticas, culturais e históricas. E este se constitui no principal motivo da pesquisa em Serviço Social se consolidar, historicamente, na área das políticas sociais (SIMIONATTO, 2005).

Embora hoje sejam crescentes as produções relacionadas à formação e ao exercício profissional, Simionatto (2005) aponta alguns desafios que se colocam na atualidade para a pesquisa em Serviço Social, tendo em vista avançar de forma crítica no trato teórico, histórico e metodológico da realidade social e do serviço social, superando processos de análises macrossociais. A autora não deixa de afirmar a relevância da presença dos estudos macrossociais, no entanto, salienta que privilegiá-los, desprezando como se compõe e recompõe o real, não propicia a produção de conhecimentos dos objetos reais da profissão. O que existe é a necessidade de compreender como as determinações sociais se materializam em situações e problemas sociais específicos ao campo profissional do assistente social.

O Serviço Social é uma profissão que trabalha com a realidade humana social, e portanto convive cotidianamente e intensamente com os impactos negativos das transformações sociais, políticas e econômicas que se perpetuam ao avançarem as reformas do Estado orientadas ao mercado. Com isso, Mendes ressalta a árdua tarefa da pesquisa em Serviço Social “uma vez que esta tem por finalidade o deciframento das deflações da questão social” (MENDES, 2005, p. 12).

Nesse sentido, exige-se do pesquisador em Serviço Social uma postura convergente com o projeto ético-político da profissão. Isto quer dizer que a produção do conhecimento requer uma investigação que tenha por objetivo responder a um problema posto pela realidade, e que seja teórico-prático, pois deve ter a transformação do real como propósito. Prates alerta que isto “não se resume em validar o conhecimento sobre determinado aspecto da realidade, mas problematizá-la, trabalhando processos sociais” (PRATES, 2004, p.127) e

acrescenta que além da não dicotomização entre teoria e prática é necessário que o estudo tenha relevância para os sujeitos sociais e considere os interesses de classe.

Portanto, é a partir destas reflexões que se procurou conduzir este estudo, que se insere numa perspectiva de análise dos macroprocessos da política social brasileira, levando-se em conta a ausência cada vez maior do papel do Estado, que se expressa na trajetória das políticas sociais, em especial da saúde e do lazer. Cabe ressaltar que o objeto de estudo emergiu da aproximação do real, tendo em vista, o cotidiano de uma população que vivencia processos de exclusão social e que, por opção conceitual, trataremos neste texto como classes subalternas.

A fim de cumprirmos com os desafios colocados por Simionatto (2005), espera-se que, a partir do enfoque teórico das categorias analíticas: saúde, lazer e promoção da saúde, e das análises do objeto empírico, as discussões produzidas retornem aos sujeitos sociais, os quais vivenciam as problemáticas levantadas neste estudo, se não por mecanismos espontâneos do aparelho do Estado, por meio do desenvolvimento e formação de uma consciência crítica e uma postura participativa e combativa frente aos problemas enfrentados no cotidiano.

1.1. A CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO

Segundo Martinelli “os temas de pesquisa nascem da experiência do pesquisador, de seus sentimentos, porém, a realização da pesquisa exige a interlocução com a teoria, a ida ao campo, a interação com os sujeitos” (MARTINELLI, 2005, p.123), portanto, a construção do presente objeto de estudo se inicia com a explicitação de duas experiências profissionais, por mim vividas, que propiciaram abrir os caminhos necessários para configurar e decifrar teórico-metodologicamente o objeto de estudo.

Neste sentido, este estudo foi motivado pela minha atuação profissional, em dois campos, nos últimos cinco anos, nas quais as temáticas do lazer e da saúde estiveram presentes.

A primeira experiência refere-se à minha participação como Assistente Técnica da Gerência Geral e Coordenadora de Atividades Sociais e Culturais do Programa Fortalecendo a Família (PFF) durante os anos de 2002 a 2004.

A segunda experiência, um pouco mais recente, localiza-se na Faculdade Santa Marcelina – Unidade Itaquera (FASM/It), na minha atuação como docente e como coordenadora de Projetos Sociais, desde o ano de 2006. Nesse sentido, apresentaremos adiante ambas experiências e sua relação para a construção do objeto de estudo.

O PFF foi desenvolvido pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, através de um convênio firmado com a Secretaria de Assistência Social do Município de São Paulo. Tratava-se de um programa de transferência direta de renda, que atendeu, durante 18 meses, 13.280 famílias de baixa renda, residentes nas Zonas Leste e Sul do município, que recebiam uma renda mensal de sessenta reais¹. O caráter inovador do programa era o fato de nele se enfatizar o acompanhamento sócio-educativo dos beneficiários, realizado a partir de grupos de até 30 representantes das famílias, grupos estes coordenados por assistentes sociais e psicólogos. O convênio tinha também como objetivo a construção de metodologias de trabalho social com famílias e de monitoramento e avaliação de programas de transferência de renda.

Tendo como uma de suas diretrizes “*Ampliar o universo cultural, social e informacional das famílias*” o PFF desenvolveu ações, no âmbito da cultura, que trabalharam questões relacionadas ao acesso a atividades de lazer e de cultura no próprio território onde as famílias residiam e, também, na cidade.

Dentre estas ações, destacaram-se a elaboração de um guia de cultura, lazer e serviços, que era distribuído às 13.280 famílias, e as atividades de visitas e passeios a espaços de cultura e lazer, demandadas pelos próprios grupos. Nessas atividades, os participantes recebiam um roteiro com várias informações, incluindo o itinerário, para quando quisessem voltar ao local de visitação. Foram realizadas as seguintes atividades, dentre outras: visita ao Instituto Cultural Itaú, ao Parque do Ibirapuera, ao Teatro Municipal, à Pinacoteca, ao Museu Paulista, todas monitoradas, e à exposição da China, ao Teatro da USP (TUSP) e Sergio

¹ Sabendo-se que o salário mínimo no ano de 2002 era de R\$200,00 (duzentos reais).

Cardoso, onde assistiram a espetáculos. Foram realizadas igualmente visitas a cidades históricas, como: Santos e Embu das Artes.

É interessante observar que, embora o PFF tenha se desenvolvido na área da assistência social, temas relacionados à saúde, cultura, lazer e habitação foram fortemente trabalhados nos grupos sócio-educativos. Assim, várias foram as interfaces das políticas sociais abordadas e verificou-se que a intersectorialidade das ações sociais deve ser um objetivo da gestão pública, uma vez que nenhuma ação específica se exaure em si mesma, mas a extrapola, caminhando e invadindo outras áreas que abordam outros problemas ou necessidades específicas, numa perspectiva de totalidade da vida social.

De acordo com a pesquisa realizada por Canton & Freire (2006) as atividades culturais desenvolvidas no PFF, mostraram um panorama que coloca a importância da discussão da temática do lazer, e da centralidade que deve ter o direito ao lazer e à cultura nas atuais agendas públicas, uma vez que as ações desenvolvidas nestas áreas específicas colocaram novos horizontes para os beneficiários em termos de novos conhecimentos, aumento da sociabilidade, nova visão em relação aos papéis de mulher e de mãe, a melhoria das relações familiares e de vizinhança, além da retomada de sonhos e esperanças há muito deixados para trás, e que acabaram de maneira indireta facilitando e catalisando os trabalhos realizados pelas equipes técnico-operacionais nos grupos sócio-educativos que objetivavam, em última instância, o resgate da cidadania e a busca da autonomia de cada uma das famílias atendidas.

No trabalho realizado no PFF, observou-se um desconhecimento geral a respeito das possibilidades de lazer e cultura na cidade e na região em que residiam as famílias, e também que o acesso à cultura e lazer vinculava-se, no imaginário destas famílias, à condição socioeconômica.

O trabalho realizado no PFF e os resultados obtidos com os trabalhos socioculturais desenvolvidos serviram de motivação para que fosse mantido o fio condutor deste trabalho: a cultura e o lazer.

A FASM/It, *locus* da pesquisa deste trabalho, é mantida pela Associação Santa Marcelina, detentora do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social. A Associação congrega 16 unidades que atuam nas áreas da saúde, educação, cultura e assistência social².

A FASM/It congrega os cursos superiores de Graduação em Administração, Enfermagem e Tecnologia em Radiologia e de 13 cursos de Pós-Graduação na Modalidade Lato Sensu.

Sua atuação na área social envolve três grandes projetos³:

- 1) Projeto de Desenvolvimento e Motivação aos colaboradores da FASM/It;
- 2) Projeto de Capacitação e Inserção Sócio-educacional, e
- 3) Projeto Interagindo com a Comunidade Itaquera.

Na área da saúde, em que existe uma forte sinergia dos projetos sociais da FASM/It, observa-se que trabalhar com promoção da saúde é abrir um leque de possibilidades de ações junto à comunidade, calcadas na melhoria da qualidade de vida, que de uma forma ou de outra acaba mostrando também a necessidade de serem trabalhadas as várias interfaces presentes em outras áreas da vida social e comunitária.

Como apontado, as experiências profissionais vividas no PFF e na FASM/It foram motivadoras da escolha do tema desta tese. Assim, este estudo tem como centralidade temática o lazer como uma das dimensões da promoção da saúde nas classes subalternas, uma vez que o lazer é um direito social, público, garantido na atual Constituição Federal.

Procurar-se-á demonstrar, portanto, como o lazer pode se constituir em uma das estratégias para a promoção da saúde, em especial dentre as classes subalternas que em nosso país são excluídas do acesso a bens e serviços, entre os quais se encontram o lazer e a cultura.

² FACULDADE SANTA MARCELINA-UNIDADE ITAQUERA. Relatório Circunstanciado de Atividades. Ano Base 2007.

³ Ibid.

Tendo em vista este fio condutor, o presente estudo tem como lócus de pesquisa a Clínica Nossa Senhora Aparecida, que é vinculada à Diretoria e as duas Pró-Diretorias da FASM/It: Administrativa-Financeira e Acadêmica. A CNSA desenvolve uma série de projetos sociais, que têm por objetivo geral a prevenção e promoção da saúde, estando o seu atendimento voltado à população do distrito de Itaquera, situada na periferia da cidade de São Paulo, uma metrópole que apresenta as mais variadas contradições.

Aos olhos de quem vive uma vida sofrida, os grandes centros urbanos mostram-se, num primeiro momento, promissores e atraentes nos aspectos que se referem às oportunidades de emprego, qualidade de vida e acesso a bens e serviços. São Paulo, assim como as cidades do Rio de Janeiro, Brasília e Porto Alegre se apresentam, no conjunto de sua modernidade e possibilidades, como palco de esperanças da população que sonha com uma vida melhor. São cidades em que as inovações tecnológicas, os circuitos organizados de cultura, lazer e moda, as empresas transnacionais, enchem de expectativa milhares de brasileiros que buscam melhorar de vida.

Se de um lado, estas cidades parecem fantásticas aos olhos de quem não as conhece bem, de outro são cidades que se desconstróem, através do desemprego, da precarização do mundo do trabalho, da violação dos direitos, da violência, da exploração do trabalho infantil, da fome, da rua como moradia, ou seja, através de realidades que massacram o cotidiano da população. Todos estes aspectos se revelam como resultado das contradições próprias de uma sociedade capitalista, cuja concentração da riqueza socialmente produzida se efetiva a partir da relação de exploração entre capital e trabalho.

Assim como predominam nessas cidades os maiores circuitos da vida social e cultural, em termos de equipamentos, atividades e infra-estrutura, e que são em geral atrativos da vida urbana, são nelas que a circulação de bens culturais torna-se restrita a pequenos grupos sociais, como ocorre na maioria dos bens e serviços socialmente construídos, o que exclui de seu acesso e benefícios uma parcela significativa da população que nelas vive.

O lazer cultural tornou-se, na sociedade capitalista, um bem de consumo ou uma mercadoria, cujo acesso tem dependido do poder aquisitivo da população. O direito ao lazer e

à cultura se expressa, assim, uma vez mais, como mais um dos mecanismos perversos da exclusão social.

É fundamental, portanto, a adoção de um olhar crítico para a dinâmica do movimento de inclusão/exclusão de grupos historicamente excluídos do acesso às riquezas socialmente produzidas, inclusive das oportunidades culturais, face à crescente industrialização da cultura imposta por um cenário no qual a globalização da economia imprime marcas significativas no contexto nacional, e no qual apenas uma camada privilegiada da sociedade tem efetivamente condições de acessar. Uma nova perspectiva cultural, estruturada em tecnologias digitais, microinformática e Internet se contrapõe ao que é popular, à arte, à esfera da criatividade.

Os dois trabalhos que motivaram este estudo foram realizados na periferia da cidade de São Paulo e ambos aconteceram na zona leste da cidade, uma vez que duas das micro-regiões atendidas pelo PFF – Sapopemba e Guaianases, se localizam neste mesmo espaço territorial específico.

Este estudo tem, portanto, como objeto o lazer como uma das estratégias possíveis de promoção da saúde entre as classes subalternas, residentes na periferia da Zona Leste do município de São Paulo.

1.2. A ABORDAGEM TEÓRICO-METODOLÓGICA DO OBJETO DE ESTUDO

A abordagem do objeto de estudo exige esclarecer o papel do lazer e da cultura no cotidiano de vida das classes subalternas e, para tanto, objetiva-se:

- Debater o direito ao lazer, tendo como eixo a promoção da saúde;
- Compreender a singularidade do lazer no cotidiano das classes subalternas;
- Identificar como se dá o acesso e a apropriação de recursos informativos e de espaços de lazer no território de moradia e na cidade.

Emerge daí o problema da pesquisa que toma a seguinte forma: como a dimensão do lazer se apresenta no cotidiano das classes subalternas, tendo em vista a promoção da saúde?

Para equacioná-lo, partimos de alguns pressupostos, enquanto respostas qualitativas provisórias ao nosso problema, conforme explicitado a seguir:

As condições degradantes de vida e trabalho resultantes dos efeitos negativos do desenvolvimento capitalista no Brasil, face aos avanços da política neoliberal, têm se refletido na qualidade de vida da população, especialmente nos grupos mais vulneráveis. O lazer, assim como a saúde, necessita urgentemente de uma revisão conceitual por parte do Estado, para que as políticas públicas possam efetivamente responder às demandas da população e fazer garantir os direitos constitucionais do cidadão brasileiro. O lazer e a saúde precisam ser compreendidos na perspectiva das políticas públicas intersetoriais, de forma que a articulação de ações conduza ao desenvolvimento cultural e humano da população. A afirmação do lazer como uma das dimensões de promoção da saúde, se contempla no seu potencial educativo de transformação de valores, práticas e atitudes frente à realidade social. Torna-se urgente a **democratização da cultura**, entendida como aquela que permite que a sociedade tenha acesso espacial e informacional à vida cultural da cidade e dela participe, tendo em vista suas demandas e lutas, o que, também, requer uma comunidade mais participativa e organizada.

Diante disto, optou-se pela pesquisa qualitativa, uma vez que o objeto deste estudo atende a seus pressupostos, primeiramente porque reconhece que o mundo real só existe de fato, na medida em que os homens fazem parte dele e ele faz algum sentido para todos os homens. Segundo, porque entende a sociedade a partir de microprocessos, isto quer dizer que a realidade social não é um todo unitário, mas uma multiplicidade complexa de processos sociais, que compõe uma totalidade. E terceiro, por compartilhar que as forças que atuam na realidade social é que movimentam a sociedade e se dão por força da ação individual, mas preponderantemente, por força das ações coletivas (VICTÓRIA, KNAUTH, HASSEN, 2000).

Nesse sentido, este estudo possui uma perspectiva ontológica e um caráter teórico-prático, que se expressam na combinação entre o empírico e o teórico e na centralidade do sujeito.

A pesquisa qualitativa nos possibilita conhecer o modo como as pessoas reconhecem, experimentam e dão significados às suas vidas, ou seja, do processo de fazer-se sujeitos, numa perspectiva de desvendamento crítico da realidade em análise, com vistas a emancipação social dos sujeitos (MARTINELLI, 2005).

A realidade social é uma das preocupações centrais desta pesquisa para compreensão do presente objeto de estudo, mas isto não significa esgotá-la no fenômeno social, mas numa dimensão que se discuta o objeto de estudo, por meio da compreensão de todas as suas mediações e correlações, práticas e teóricas, tendo em vista a conformação de sua totalidade (MINAYO, 1999).

É preciso esclarecer que a totalidade é mais do que a soma das partes que constitui um determinado fenômeno, pois na concepção marxista, deve-se levar em conta a perspectiva histórico-dialética da totalidade. Trocando em miúdos, na investigação científica da realidade se começa a trabalhar com conceitos que, ainda, são muito abstratos, e, portanto, se tem concepção caótica do objeto. Na medida em que, por meio de uma análise mais precisa, em termos das mediações e das contradições, a partir das quais se decompõe e recompõe o objeto em questão e que se aprofundam suas múltiplas determinações, o conhecimento se torna totalizante. Assim na perspectiva história-dialética, a totalidade de um fenômeno, se forma a partir de uma realidade, que não é estática, é dialética e está em transformação, portanto, todo conhecimento totalizante nunca alcança uma etapa definitiva e acabada (KONDER, 2007).

Nesse sentido, conduzimos este estudo à luz da dialética, cujo método bem explica Ernst Bloch: “o método dialético nos incita a revermos o passado à luz do que está acontecendo no presente; ele questiona o presente em nome do futuro, o que está sendo em nome do que ainda não é” (KONDER, 2007, p. 84).

A teoria assume um importante papel para procedermos a análise crítica do objeto de estudo, mas a fim de alcançar os objetivos propostos, e se manter fiel ao método, a relevância do problema da pesquisa, intrinsecamente relacionada e direcionada à realidade social, se expressa na qualidade da narrativa dos sujeitos sociais, por meio da pesquisa de estudo de caso, que Martins define como:

[...] estratégia de pesquisa própria para a construção de uma investigação empírica que pesquisa fenômenos dentro de seu contexto real, com pouco controle do pesquisador sobre eventos e manifestações do fenômeno. Sustentada por uma plataforma teórica, reúne o maior número possível de informações, em função das questões e proposições orientadas do estudo, por meio de diferentes técnicas de levantamento de dados e evidências (MARTINS, 2006, p.09).

O estudo de caso é indicado, portanto, quando se quer compreender uma dada realidade particular, levando-se em consideração seu contexto e sua complexidade. Outro critério refere-se à singularização da situação, quando o foco de interesse for uma questão contemporânea que esteja ocorrendo numa situação de vida real (ANDRÉ, 2005). Nesse sentido o **estudo de caso** neste estudo possui a seguinte dimensão, que de acordo com Diniz:

[...] é uma forma de exploração da realidade social que deve ser significativamente fundamentada para a compreensão e explicação dessa realidade, a partir da definição do campo de investigação e seleção cuidadosa do problema, em métodos de análise do real que evidenciam a relação entre o singular e o universal. (DINIZ, 1999, p. 49).

Assim, pretende-se a partir das evidências empíricas e as inferências produzidas, correlacioná-las a fim de alcançar interpretações num sistema explicativo mais amplo, tendo por base um quadro de referência teórico. Isto implica numa investigação empírico-dedutiva, em que o caso é a unidade significativa do todo (DINIZ, 1999).

A unidade de análise, neste estudo, se caracteriza por um fato político-social: o lazer como estratégia de promoção da saúde, que obedece aos critérios de estudo de caso instrumental (STAKE apud ANDRÉ, 2005), no qual o interesse é de investigar como se dá o processo de apropriação da unidade de análise numa determinada população, ou seja, as classes subalternas. Assim o foco de análise não está propriamente nos sujeitos escolhidos que são representativos das classes subalternas, mas no que trazem de entendimento, significado e reflexão acerca do objeto de estudo.

O procedimento metodológico para a construção do estudo de caso seguiu o esquema proposto por Yin (2005), que compreende três fases:

1. FASE DE EXPLORAÇÃO

- Problema da pesquisa: questões vinculadas ao objeto e objetivos da pesquisa;
- Unidade de análise (o caso);

- O campo da pesquisa: critérios (financiamento, tempo, acesso, abrangência);
- Estratégias de aproximação com o campo;
- Elaboração de protocolos (termos de aceite);
- Técnicas de coleta de dados e de registro;
- Preparo dos pesquisadores de campo;
- Cronograma de trabalho.

2. FASE DE DESENVOLVIMENTO

- Aproximação aos sujeitos da pesquisa;
- Aproximação ao Lócus da pesquisa;
- Trabalho de campo;
- Levantamento de informações/dados;
- Realização das entrevistas/grupos;
- Observação de Campo;
- Registros.

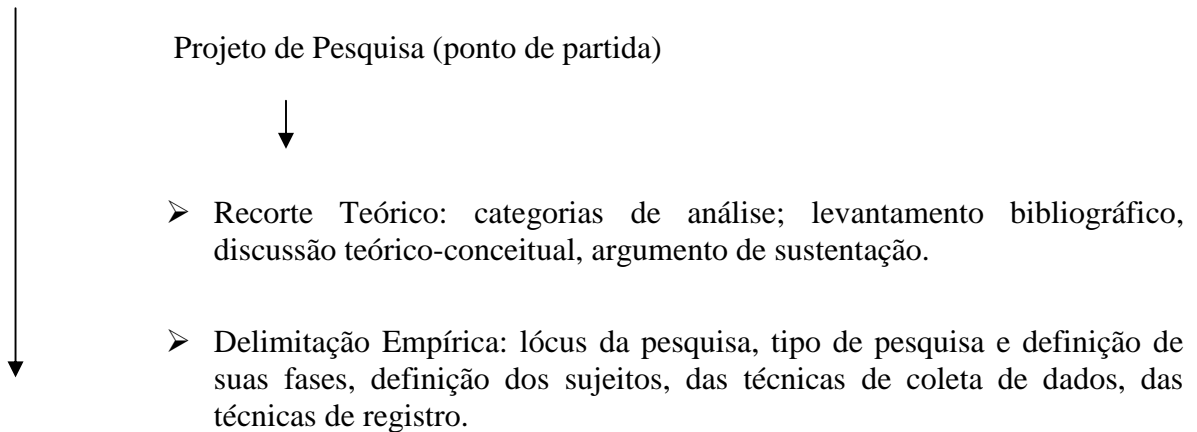
3. FASE DE ANÁLISE

- Junção do material;
- Transcrição dos relatos na íntegra;
- Sistematização dos relatos;
- Elaboração de categorias analíticas;
- Sistematização das observações;
- Recorrer aos fundamentos teóricos.

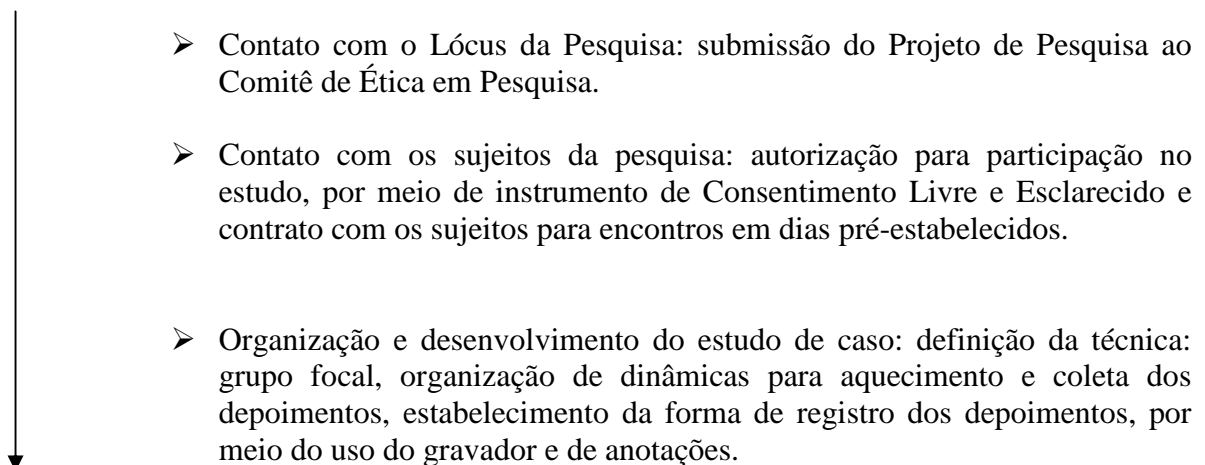
Nesse sentido, procurou-se adotar o seguinte esquema teórico-metodológico, o qual será adiante detalhado no contexto empírico da investigação, apresentado do quadro a seguir:

QUADRO 1. Estratégia teórica e metodológica para construção da tese

DEFINIÇÃO E PLANEJAMENTO



PREPARAÇÃO E COLETA



ANÁLISE E CONCLUSÃO

- Caracterização social dos sujeitos da pesquisa.
- Definição dos eixos de análise.
- Categorização dos depoimentos.
- Sistematização dos depoimentos.
- Análise frente ao recorte teórico.
- Conclusão: síntese do estudo frente ao recorte teórico-empírico, que não se encerra em si mesma.

1.3. O CONTEXTO TEÓRICO DA INVESTIGAÇÃO

A construção teórica deste estudo tem por finalidade orientar conceitual e metodologicamente o objeto de estudo, a partir de três categorias centrais de análise: saúde, lazer e promoção da saúde. Para tanto, realizou-se pesquisa bibliográfica que pudesse contemplar a discussão destas categorias, tendo como fio condutor a tensão que se estabelece entre os interesses das classes subalternas e do Estado.

Nesse sentido nos apoiamos em alguns autores, que facilitaram tecer o percurso teórico frente às possibilidades de análise empírica do presente objeto de estudo. Assim, as reflexões de Adam & Herzlich, Barata, Ayres e Nunes, foram uma referência para a reconstituição histórica da compreensão do processo saúde-doença e de Bodstein, Mendes e Carvalho para o entendimento sobre a conformação da saúde coletiva como campo do saber. Os autores Carvalho e Campos contribuíram acerca das correntes que procuram lograr sobre as políticas e práticas sanitárias, além do conceito de promoção da saúde, que teve também contribuições de Buss. O lazer foi conceituado a partir dos estudos clássicos de Dumazedier e das reflexões críticas de Marcellino. O autor Requixa ofereceu elementos para a configuração histórica do lazer no Brasil e Cucho possibilitou o entendimento de cultura para a aproximação do lazer nesta área. O Lazer retratado nas políticas culturais foi tecido a partir das referências de Martins e Canclini, sendo tratada aqui a questão da participação cidadã, por meio de Gohn, Restrepo, Costa e Bobbio.

Ao estudar o lazer como uma das possíveis estratégias de promoção da saúde, procurou-se abordar o objeto de estudo no contexto das classes subalternas, pois é este segmento social, que mais sofre os efeitos negativos do desenvolvimento capitalista. A qualidade de vida deste segmento é afetada pelo desemprego formal, moradias precárias, acesso precário à educação, ausência de oportunidades de lazer e de participação na vida cultural da cidade, ineficiência do transporte coletivo, crescimento da violência nas periferias e insuficiência na prestação da assistência à saúde, num cotidiano em que se encontram reprimidas as formas de manifestação coletiva. Para contemplarmos esta discussão utilizamos como referência Oliveira e Yasbek.

Para conceituar classes subalternas, além da concepção clássica do conflito entre capital e trabalho que se dá no processo de produção capitalista, buscamos em Oliveira (1987, p.10) o significado de classes sociais, como sendo “o produto das relações antagônicas e de seus movimentos de re-produção”. Nesse sentido, o caráter antagônico corresponde aos interesses diversos dessas classes na sociedade, segundo a base da possibilidade de transformação e produção das classes. Com as mudanças históricas do capitalismo, as classes sociais vêm transformando a sua dinâmica e funcionamento, se organizando de formas distintas, enfrentando limitações variadas e conquistas relevantes.

Na abordagem do objeto de estudo, um conceito a ser considerado é o da pobreza, que de acordo com Yasbek (2003) é uma expressão das relações de classes na ordem capitalista. A pobreza é uma condição da vida humana, cuja noção nos remete ao estado de privação. Geralmente a renda se configura como elemento central para configurá-la, no entanto, a pobreza não somente se expressa pela carência de bens materiais. O padrão de vida também depende, sofre interferência e é determinado pelo acesso aos recursos sociais, tais como saúde, moradia, educação, lazer, entre outros.

A conformação, portanto, de uma identidade subalterna de classe social, de acordo com Yasbek (2003) se encontra na ausência de poder de mando, de decisão, de criação e de direção. Isto coloca em evidência a exclusão de indivíduos ao usufruto da riqueza socialmente produzida, quer no plano sócio-econômico, quer no plano político.

Portanto, entendida na estrutura de divisão de classes, a classe subalterna vivencia a dominação do ponto de vista político-ideológico. Sendo o Estado uma instância mediadora de conflitos face a interesses antagônicos entre dominados e dominantes, tal mediação se efetiva em intervenções contraditórias, circunstanciadas em políticas que vêm atenuar as tensões entre os interesses em jogo, mas que não são suficientes para romper com o padrão de dominação.

Em geral estas políticas são “inoperantes, casuísticas, fragmentadas, superpostas, sem regras estáveis ou reconhecimento de direitos” (YASBEK, 2003, p. 37). Tratam-se de terrenos férteis para o assistencialismo e para o clientelismo, que é, segundo Yasbek, “[...] um padrão arcaico de relações que fragmenta e desorganiza os subalternos ao apresentar como favor ou como vantagem aquilo que é direito.” (YASBEK, 2003, p. 41).

As classes subalternas são aquelas que mais dependem das políticas sociais, sendo o Sistema Único de Saúde utilizado predominantemente por este segmento. Estudos demonstram que somente os tratamentos, cirurgias e exames de alta complexidade, envolvendo principalmente as cardíacas e oncológicas, além dos transplantes, são freqüentemente acionados por outras classes sociais, tendo em vista os seus custos mais elevados, que geralmente não possuem cobertura pelos planos e seguros saúde. Em relação a isto a Agência Nacional de Saúde Suplementar, desde 1996, vem procurando ampliar as coberturas, garantindo maior acesso aos beneficiários de planos de saúde, mas trata-se de uma regulação que envolve um acirrado jogo de forças, em que estão postos diversificados interesses e atores, o mercado, o governo e o usuário.

Nesse sentido, mesmo com a garantia do direito à saúde, pela carta constitucional brasileira a todos os cidadãos, sem discriminação de classe e etnia, o acesso aos serviços de saúde tem demonstrado muitos entraves.

A saúde no Brasil tem sido tradicionalmente caracterizada por intervenções de âmbito curativo, sem a efetiva atenção ao seu caráter preventivo. Há que se compreender que historicamente, por muito tempo, o processo saúde-doença teve forte influência de um modelo predominantemente biomédico, onde a preocupação com o ambiente social foi marcada por intervenções públicas de cunho higienistas, estabelecendo-se uma forte relação entre normatividade médica e social, tendo sua maior expressão no século XIX, cujo contexto sócio-político, propiciava a introdução de um modelo que favorecia a dimensão do coletivo.

Assim, uma visão mais mercantilista podia ser percebida na compreensão do processo saúde-doença, estando as ações de saúde de caráter preventivo e de controle das doenças, comandadas pelos interesses do capitalismo industrial.

Importantes correntes no campo da medicina social se formaram na tentativa de romper com o modelo biomédico e as tendências de práticas higienistas, em que a preocupação com o coletivo tinha como objetivo atender as demandas de mão-de-obra para o mercado, tendo em vista trabalhadores sadios e capazes de atender a necessidade de produção.

A conformação, portanto, da saúde coletiva como campo do saber expressa a necessidade da reformulação do setor e da concepção de saúde, num contexto de alta prevalência de doenças vinculadas à pobreza, que exige uma compreensão mais ampla do processo saúde-doença, tendo em vista os macroprocessos sociais e seus impactos nas condições de vida da população.

Se por um lado, no campo político-assistencial a reforma sanitária tornou-se urgente nos anos 80, tendo como saldo positivo a universalização dos direitos sociais, há de se destacar a incorporação da garantia de acesso à saúde e a construção de um Sistema Único de Saúde, tendo em vista a defesa de ações setoriais na área da saúde que fossem eficientes, protagonizada por diferentes atores sociais. Por outro lado, no campo científico, o debate teórico-metodológico é amplo e repleto de tensões. Ao procurar estreitar o diálogo entre a teoria e a prática, diferentes correntes surgiram para dar conta de uma compreensão de processo saúde-doença, que contemplasse os determinantes sociais e movimentasse as demandas sanitárias locais. Uma destas correntes, a Corrente em Defesa da Vida, tem em seu arcabouço conceitual a ênfase da promoção da saúde. De acordo com Carvalho (2007), o reconhecimento da importância do ideário da promoção da saúde não se justifica em função da negação da Clínica, mas da sua ampliação. Isto quer dizer que a Defesa da Vida propõe uma intervenção no processo saúde-doença que contemple ações de prevenção, de diagnóstico e cura e de reabilitação, a partir de um modo partilhado de produção de relações e intervenções sobre as disfunções biológicas, uma vez que o processo de diagnóstico e cura, segundo Campos (2006) é uma relação entre sujeitos. Nesse sentido, valoriza-se uma prática holística, que leve em conta relações intersubjetivas.

O campo da promoção da saúde está, no entanto, em constante debate, não possuindo uma referência conceitual única, nem ao menos é promovido por um único agente. Trata-se, atualmente, de uma construção coletiva internacional envolvendo diversos setores, com forte influência canadense.

A I Conferência Internacional de Promoção de Saúde, realizada no ano de 1986, protagonizou o debate da Nova Promoção da Saúde, rompendo com o paradigma dos anos 70, que preconizava intervenções sobre o estilo de vida, orientando ações que interferisse no comportamento dos indivíduos, tendo em vista hábitos não saudáveis. A Carta de Ottawa, documento produzido nesta Conferência, tornou-se referência mundial, se destacando na

ampliação do conceito de Promoção de Saúde, ao introduzir uma perspectiva sócio-ambiental e de *empowerment*, defendendo que a comunidade deve ser preparada e estar capacitada para enfrentar os desafios biopsicossociais da vida social, entendendo que trata-se de uma categoria que envolve estratégias de participação comunitária, de educação em saúde e de políticas públicas saudáveis. A saúde passa a ser compreendida, então, como um “recurso para a vida” e não como “objetivo de viver”.

Embora as primeiras reflexões da promoção da saúde tenham tido como berço os países desenvolvidos, a partir dos anos 90, os países latino-americanos passam a se apropriar deste debate, chamando a atenção para os determinantes da saúde, relacionando-os ao atraso e à pobreza. Nas Conferências de Bogotá e Jacarta, realizadas em 1992 e 1997, respectivamente, foi apontada a necessidade de alteração do cenário econômico como meio de melhorar as condições de saúde da população.

Mais recentemente, no ano de 2005, em Bangucoque, na Tailândia, ocorreu a VI Conferência Internacional de Promoção da Saúde que colocou em destaque o tema da “inclusão de saúde, como determinante da qualidade de vida”, chamando a atenção para os grupos mais desfavorecidos, dentre os quais: portadores de deficiência, população indígena, crianças e excluídos. Esta conferência demonstra um rico debate ao introduzir a participação da sociedade civil nos processos decisórios e a ampliação dos determinantes biológicos e econômicos para questões culturais, ambientais e políticas, propondo parcerias intersetoriais.

O conjunto articulado de ações intersetoriais e de participação comunitária tem estado presente na discussão do conceito de “Municípios Saudáveis”, cujo contexto deve abranger, segundo Peres et al (2005), iniciativas educacionais, culturais e de lazer.

A mesma autora aponta que na literatura internacional a promoção da saúde aparece vinculada a uma esfera individual, na medida em que relaciona o estilo de vida com o risco de contrair doenças, estando presente em campanhas, como por exemplo, que estimulam a vacinação, a prática de atividades físicas, a alimentação saudável e que desestimulam o uso de álcool, drogas ilícitas e o fumo, e a um processo coletivo ou comunitário em sua dimensão sociocultural, e, portanto, como política pública. Assim, concorda-se com Peres et al. quando afirma que “lazer e cultura tanto podem influenciar o processo saúde/doença – quer no plano individual ou no coletivo – como também as políticas públicas, a partir de uma perspectiva

integrada e intersetorial de desenvolvimento e de melhoria da qualidade de vida” (PERES et al. 2005, p.758).

No tocante às concepções de lazer, buscamos apoio em Dumazedier, que o concebe como um conjunto de ocupações que tem por princípio a livre escolha, portanto, entendida como uma atividade libertadora, que nega o lazer como ócio ou tempo liberado do trabalho ou outras obrigações, como as referentes ao estudo, a família, à religião, à política. Marcellino (2001), afirma ainda que o fato do lazer ser marcado por condicionantes sócio-econômicos nas sociedades capitalistas, supõe obrigações, ou seja, para que exista é necessário que as obrigações cessem. Por outro lado, o lazer se define por seu caráter desinteressado, que tem como função o descanso, tanto físico, quanto mental, o divertimento e o desenvolvimento da personalidade e da sociabilidade.

Nesse sentido, se o lazer se refere a escolha de um estilo de vida e está relacionado à satisfação pessoal, expressa a cultura de um grupo ou sociedade, sendo cultura aqui entendida no seu sentido mais amplo: do cotidiano, do pensado, do simbólico, ou seja, daquilo que se refere a vida social. Portanto, neste estudo o lazer, entendido como expressão cultural, possui caráter educativo e crítico-reflexivo.

Como elemento mediador, o lazer pode contribuir para a promoção da saúde, minimizando os efeitos negativos provenientes da dinâmica das relações sociais modernas, tornando-se objeto de educação, “no sentido de difundir seu significado, esclarecer a importância, incentivar a participação e transmitir informações que tornem possível seu desenvolvimento ou contribua para aperfeiçoá-lo” (MARCELLINO, 2001, p. 70), de forma que a educação para e pelo lazer possa contribuir para que, sendo maior o grau de conhecimento, seja mais verdadeiro o exercício de escolhas no cotidiano.

1.4. O CONTEXTO EMPÍRICO DA INVESTIGAÇÃO

1.4.1. A PESQUISA DE CAMPO

Como já referido anteriormente, a investigação empírica foi realizada junto aos usuários da Clínica Nossa Senhora Aparecida (CNSA), que se insere num dos projetos sociais da Faculdade Santa Marcelina – Unidade Itaquera. A CNSA tem por objetivo desenvolver atividades de promoção e prevenção à saúde na comunidade de Itaquera, de forma a articular assistência, educação e saúde. Possui atendimento especializado, que é realizado por equipe multiprofissional, nas áreas de Enfermagem, Fisioterapia, Medicina, Nutrição, Odontologia, Psicologia e Serviço Social, sendo direcionado para o público de todas as faixas etárias. Além disso, atende à população de Itaquera em projetos voltados à informática, às artes, à comunicação e expressão e à educação física. A caracterização da Clínica e de suas atividades estão detalhadas no capítulo 4, em que será trabalhado o estudo de caso.

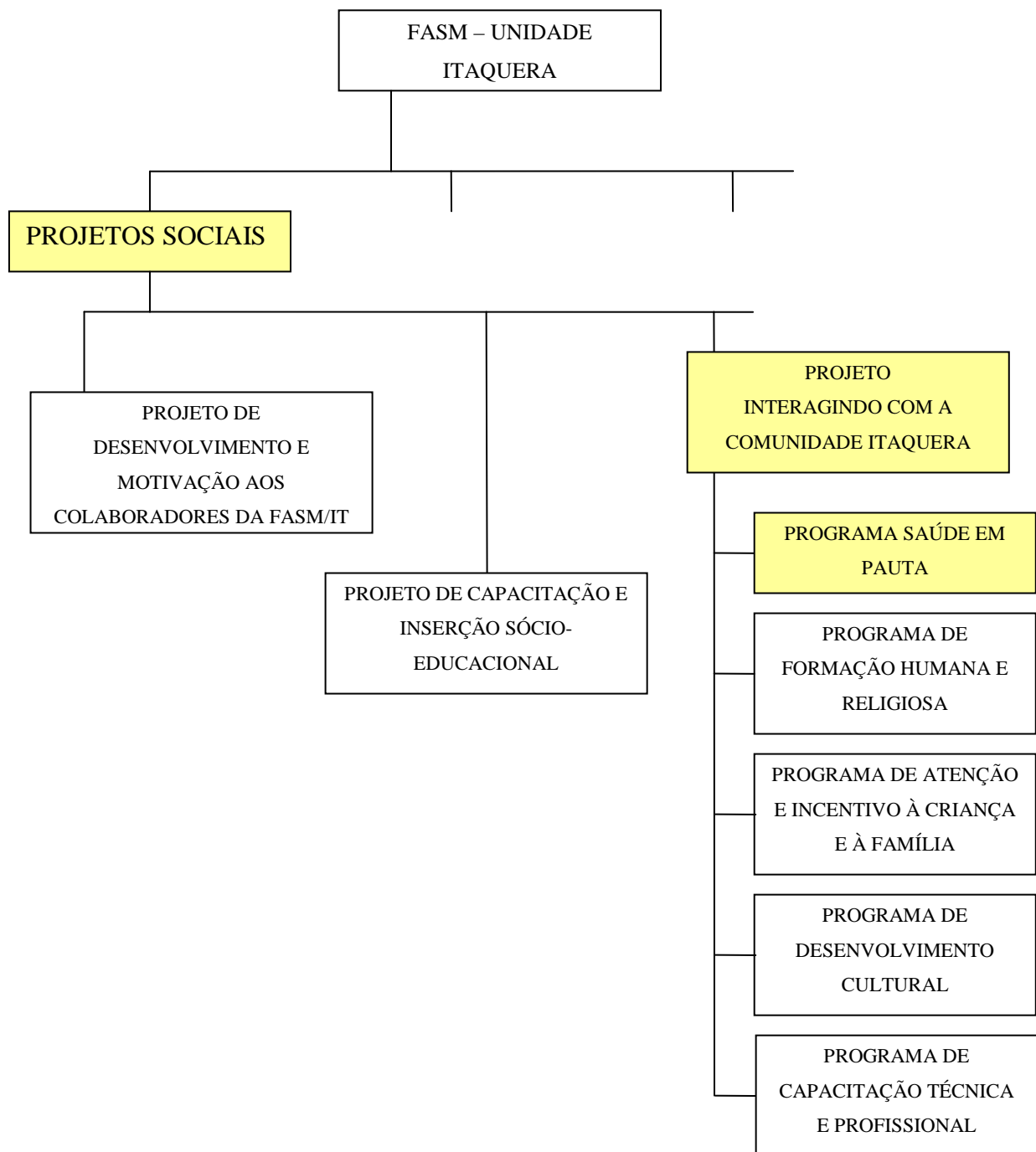
Para o desenvolvimento da pesquisa de campo, o ponto de partida, foi apresentar o projeto de pesquisa ao Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade Santa Marcelina – Unidade Itaquera, tendo em vista a necessidade do aceite institucional para que esta Instituição de Ensino fosse identificada no estudo, tivéssemos acesso aos documentos institucionais e déssemos início à realização da pesquisa de campo.

A partir da aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa foi realizado contato com a Coordenadora Técnica da Clínica, que contribuiu com toda a logística necessária para a ocorrência da pesquisa, disponibilizando sala e horários da semana, que não fossem conflitar com as atividades ali desenvolvidas.

A seleção dos sujeitos da pesquisa não foi aleatória, mas intencional. Tomou por base os usuários da CNSA que participavam das seguintes atividades: físicas, sócio-culturais, oficinas de artesanato e de inclusão digital, ou seja, que fazem uma interface com a problemática do estudo. Estas atividades localizam-se no objetivo específico do Programa Saúde em Pauta de “envolver pessoas em atividades com a finalidade de promover um estilo

de vida ativo”, no qual estão dispostas todas as atividades desenvolvidas na CNSA. Este Programa está inserido no Projeto guarda-chuva denominado: Interagindo com a Comunidade Itaquera, que se constitui num dos projetos sociais da unidade de Itaquera, conforme pode ser visualizado no esquema abaixo:

QUADRO 2. Fluxograma dos Projetos Sociais da Faculdade Santa Marcelina - Unidade Itaquera



Os sujeitos foram convidados a participar de uma reunião grupal, em que foram expostos os objetivos da pesquisa e sua condução. Estiveram presentes nesta reunião 28 usuários, dentre os quais se inseriram espontaneamente no estudo 24 sujeitos. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (apêndice 1) foi instrumento utilizado para obter a concordância de todos os sujeitos que aceitaram participar do estudo. Os sujeitos assinaram o termo, assim como o pesquisador, e receberam uma cópia do mesmo.

Para a coleta de dados, optou-se pela técnica de grupo focal, que segundo Gatti (2005, p. 11) “permite compreender processos de construção da realidade por determinados grupos sociais, compreender práticas cotidianas, ações e reações a fatos e eventos, comportamentos e atitudes.”

Entendemos que o Grupo Focal é uma técnica que propicia um espaço em que possa haver uma reflexão construída coletivamente e que, portanto, objetiva:

- Clarear atitudes, linguagens, prioridades e referenciais de compreensão dos participantes;
- Encorajar a comunicação entre membros do grupo, desencadeando variados processos e formas de compreensão;
- Ajudar a identificar normas do grupo;
- Estimular conversas sobre temas embaraçosos;
- Facilitar a expressão de idéias e experiências, que podem aparecer empobrecidas numa entrevista individual.

Ainda, segundo Gatti (2005), alguns cuidados metodológicos são importantes e nesta pesquisa procurou-se seguir:

- Os participantes devem possuir características comuns (homogeneidade);
- Os participantes devem ter alguma vivência com o tema;
- Respeito ao princípio da não diretividade (o pesquisador deve ser um moderador, facilitador);
- O pesquisador não deve fechar questões, fazer posicionamentos e sínteses;
- O grupo deve se constituir de 6 a 12 participantes;

- A formação de mais de um grupo amplia o foco de análise, mas dependerá do planejamento da pesquisa;
- Os participantes devem ser informados de maneira vaga, para não chegarem ao grupo com idéias pré-concebidas;
- O pesquisador deve estar preparado para as ausências dos participantes nos encontros. Geralmente isso ocorre e é preciso fazer alguns rearranjos;
- O local das sessões deve dar condições de trabalho ao pesquisador: ambiente silencioso, sem passagem de pessoas que favoreça a interação entre os participantes;
- Os encontros devem durar por volta de 1h30m e de uma a duas sessões. Mas dependendo dos objetivos da pesquisa podem ser realizados mais encontros;
- Deve-se criar uma situação de conforto no grupo, uma atmosfera permissiva. Sempre um aquecimento é importante fazer;
- O registro pode ser feito por até 2 relatores e uma checagem após as sessões é importante. Também é favorável a utilização de gravadores e filmadoras, mas estas podem apresentar baixa qualidade do áudio e provocar inibição dos participantes.

A realização dos grupos focais compreendeu o período de 11/02/2008 a 10/03/2008, sendo todos os encontros gravados e transcritos na íntegra. Foram totalizados cinco encontros, tendo cada um, um tema específico (apêndice 2) e uma dinâmica própria. A participação dos sujeitos não foi obrigatória em todos os encontros, permitindo que cada grupo não fosse formado sempre pelos mesmos sujeitos. No entanto, registrou-se que cada sujeito participou de pelo menos dois encontros, o que propiciou alguns vínculos entre os participantes. Assim, no primeiro grupo contamos com 18 participantes, no segundo 12, no terceiro 11, no quarto 9 e no quinto grupo com 6. Este quinto, e último encontro, coincidiu com evento realizado pela CNSA na FASM/It, em comemoração ao Dia Internacional da Mulher, no qual profissionais voluntários, de salões de beleza da região, atenderam gratuitamente a comunidade. Por se tratar de mulheres que, geralmente, possuem muito pouco acesso a este tipo de serviço, a participação do grupo focal foi menor. Foi discutido com as pessoas presentes se adiaríamos o encontro, mas optou-se em razão das pessoas que ali estavam comprometidas com o grupo e à pesquisa, a dar prosseguimento às reflexões. Cabe ressaltar que este quantitativo não alterou a qualidade dos depoimentos e discussões realizadas.

No decorrer dos encontros considerou-se a questão do vínculo relevante, uma vez que, tendo em vista a convivência entre a maioria das participantes nas atividades da CNSA, este tornou-se um facilitador para as relações grupais que ali se estabeleciam, repercutindo num ganho qualitativo face às posturas, atitudes e depoimentos espontâneos, ambiente acolhedor e as discussões críticas que se desenvolviam.

Em todos os encontros houve a participação da assistente social da CNSA, tendo contribuído como relatora. Seu papel foi de fundamental importância para a organização dos grupos, das dinâmicas e dos depoimentos.

Os encontros tiveram a perspectiva de levantar depoimentos sobre as seguintes questões:

- O que é lazer;
- De que forma o lazer é vivenciado por eles e aqueles com os quais residem;
- Como a região de Itaquera propicia o lazer;
- Como o lazer contribui para os problemas sociais, e em especial para a saúde;
- Quais são as expectativas individuais de lazer;
- Como as políticas sociais vêm contribuindo e atendendo as demandas da população local.

1.4.2. A ANÁLISE DOS DADOS

A utilização de uma técnica para a análise dos dados deve atentar para três grandes armadilhas destacadas por Minayo (1999). A primeira refere-se à “ilusão da transparência”, e a autora citando Bourdieu, alerta para o perigo de o pesquisador pensar que o real aparece a ele nitidamente. A segunda volta-se à necessidade do pesquisador em ser fidedigno aos dados, bem como seus significados. Já a última armadilha está na interpretação dos dados, quando se constroem as relações devidas entre os dados empíricos e os conceitos e teorias utilizadas.

Portanto, do ponto de vista metodológico, buscou-se, neste estudo, compreender o objeto de estudo face à narrativa dos sujeitos da pesquisa. O homem é um ser histórico que se contempla na comunicação e a linguagem é marcada pela história, pelo seu tempo, pelos seus grupos, portanto, procurou-se compreender, a partir desta perspectiva, as manifestações, os significados atribuídos ao objeto de estudo, como resultado de um processo social e de conhecimento, entendendo que ambos são frutos de múltiplas determinações, mas com significado específico.

Para tanto, a análise aqui realizada não busca resultados conclusivos, mas a problematização, a interpretação, a possibilidade de desencadear novos encaminhamentos e agregar elementos que possam favorecer a trajetória das classes subalternas na busca, luta e garantia de direitos frente ao Estado, e à realidade social vivida.

Na prática, a análise, frente o apontamento de Prates, requer:

[...] mergulhar nos dados, retomar a revisão bibliográfica, complementá-la, se novas dimensões forem desvendadas através da abordagem, para somente depois estabelecer as conexões, desvendar contradições, buscar na exposição que analisa e explica o fenômeno estudado, realizar uma síntese (PRATES, 2004, p. 138)

De acordo, ainda com a mesma autora: “a fase de interpretação inferencial se constitui na análise, interpretação e explicação dos conteúdos manifestos e latentes, realizada a partir da mediação entre o conteúdo descrito e a teoria que orienta o pesquisador para a realização das inferências” (PRATES 2003, p. 140), portanto, a análise dos dados não se dá pela capacidade intuitiva do pesquisador, mas por um rigoroso processo científico de organização do material (dos dados); de identificação de categorias teóricas e empíricas e da definição de eixos analíticos, de forma que se instaure um movimento dialético entre o dado empírico e o dado teórico.

Nesse sentido, os registros foram sistematizados a partir dos seguintes eixos de análise:

1. Representações sobre o lazer;
2. Postura e atitude frente à prática do lazer;
3. Percepção do lazer para a promoção da saúde.

Realizamos, assim, a etapa de organização dos dados, em que se fez a transcrição das discussões dos grupos focais na íntegra e a identificação dos sujeitos da pesquisa, por meio da sua caracterização socioeconômica obtida no cadastro de inserção do usuário no serviço realizado pela assistente social da CNSA. Em relação ao tratamento dos dados, inicialmente foi realizada a mensuração dos dados quantitativos frente à caracterização dos sujeitos, aqui apresentada numericamente, tratando-se de um universo pequeno. Posteriormente, foram realizadas várias leituras do material proveniente dos grupos focais (discursos e anotações), para que se esgotassem as possibilidades de classificar os discursos frente os eixos analíticos; procurou-se alcançar a exaustão, a homogeneidade e a pertinência. Realizou-se a identificação dos sujeitos, sempre que existiu a possibilidade, uma vez que durante a discussão grupal, muitas falas foram sobrepostas, dificultando tal tarefa. A compilação de alguns depoimentos foi feita para ilustrar a interpretação dada a cada eixo analisado, tratam-se de “sínteses de situações singulares” (PRATES, 2004, p. 141). A análise das narrativas foi orientada pelos pressupostos deste estudo e a partir da mediação de conteúdos teóricos, discutidos nos dois primeiros capítulos, nos quais abordamos as categorias de análise: lazer, saúde e promoção da saúde, numa perspectiva histórico-crítica.

1.4.3. A ESTRUTURA DA TESE

Este estudo estrutura-se em quatro partes. Inicia-se com a Introdução, que traz o aporte teórico-metodológico do estudo, bem como sua justificativa para construção do objeto. Procuramos abordar conceitualmente as categorias analíticas: saúde, promoção da saúde e lazer na segunda e terceira parte, sendo na quarta abordado nosso objeto de estudo, a partir do contexto empírico da pesquisa, que se deu por meio de um estudo de caso.

Na segunda parte realizamos uma discussão sobre o processo saúde-doença, destacando a forte influência que exerceu o modelo biomédico e como os determinantes sociais foram introduzidos na área da saúde que, a partir do século XX, repercutiu na constituição de um campo normativo sanitário, cuja expressão se dava em ações da política pública de caráter higienista. Nessa perspectiva, abordamos as tensões que permearam o

século XX entre o enfoque biomédico e o paradigma biopsicosocial, tendo em vista o surgimento de novas correntes que propunham compreender o processo saúde-doença sob a égide dos macroprocessos da modernização e seus impactos na saúde da população. Tecemos considerações a respeito da consolidação da Saúde Coletiva, como campo de saber, e a forte influência política que exerceu no processo de constituição de uma reforma sanitária brasileira, a partir do final dos anos 80 e a introdução do ideário da promoção da saúde, no Brasil, que passa a ser objeto de reflexão para a conformação de uma política de saúde, que possa contemplar uma real qualidade de vida à população, tendo como eixo de análise as Conferências Internacionais de Promoção da Saúde.

A terceira parte deste estudo trata do lazer, em seus aspectos conceituais e no enfoque das políticas públicas, enquanto um direito social. Procuramos demonstrar como o lazer se dá no plano cultural, a partir da sua dimensão educativa, visto as possibilidades que desencadeiam para o desenvolvimento social e cultural, tanto do indivíduo, quanto da coletividade. Recuperamos historicamente porque o lazer é entendido, equivocadamente, em contraposição ao trabalho e a outras obrigações do cotidiano e a influência da constituição de uma indústria cultural que passa a manipular ideologicamente as representações da população acerca das práticas de lazer. Nessa perspectiva objetivamos compreender porque o lazer não é apropriado pela população, principalmente pelas classes subalternas, como um direito que deve ser motivo de luta e reivindicação, assim como outros, que são incorporados como necessidades básicas ou imediatas e as possibilidades de democratização cultural, por meio de estratégias de formação e participação popular para o lazer.

Na quarta parte abordamos o objeto de estudo, a partir da análise do nosso estudo de caso. Apresentamos a região em que foi desenvolvida a pesquisa de campo, a Zona Leste, distrito de Itaquera, caracterizando-a, historicamente, seus aspectos sociais, políticos e demográficos, a partir de uma trajetória marcada por lutas e conquistas no campo das políticas sociais, em que o associativismo civil teve forte expressão nos anos 80 e 90. Procuramos caracterizar o lócus da pesquisa: a Clínica Nossa Senhora Aparecida, que se insere entre os projetos sociais da Faculdade Santa Marcelina – Unidade Itaquera. Traçamos o perfil dos sujeitos da pesquisa e apresentamos, a partir dos depoimentos coletados nossas reflexões e análises, que se deram com a recuperação do referencial teórico.

2. PROMOÇÃO DA SAÚDE: NOVA CONCEPÇÃO NA ABORDAGEM DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

“Todo acontecimento importante da vida humana requer uma explicação: é preciso compreender sua natureza e encontrar suas causas” (ADAM & HERZLICH, 2001, p. 69)

A saúde da população pode ser entendida pelo seu viés epidemiológico. Neste sentido, no Brasil, configura-se o seguinte quadro, de acordo com o “Painel de Indicadores do SUS” (2006): no ano de 2004, as principais causas de mortes, tendo em vista o total de mortes com causas definidas (897.151 por 100mil/hab), foram, em primeiro lugar, as doenças cerebrovasculares (10,14% ou 90.930 por 100mil/hab), em segundo lugar, as doenças do infarto agudo do miocárdio e doenças isquêmicas do coração (9,67% ou 86.791 por 100mil/hab) e em terceiro lugar as doenças por causas externas (5,39% ou 48.374 por 100mil/hab).

É importante salientar que o perfil epidemiológico sofre mudanças ao longo do tempo, isto porque as doenças também são determinadas por processos sociais, econômicos e políticos. Assim, as profundas alterações que a sociedade brasileira vem atravessando ao longo de sua história se refletem no quadro epidemiológico, na produção e distribuição social dos problemas de saúde.

A exemplo disto, no ano de 1930, 50% das causas de morte, no Brasil, ocorreram devido a doenças infecciosas ou parasitárias. As doenças do aparelho circulatório correspondiam a 12% e as causas externas a 3%. Este quadro se inverteu completamente em 2003, quando a principal causa de morte são as doenças do aparelho circulatório (28,4%), sendo pouco representativas as doenças infecciosas (5,2%). Em contrapartida, as neoplasias representam 16,2% e as mortes violentas 13,5%, conforme apresenta o “Painel de Indicadores do SUS” (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Percebe-se ao longo destes 73 anos, que cresceram as causas de mortalidade por doenças do aparelho circulatório, por neoplasias e por causas externas, num cenário em que apenas diminuem as doenças infecciosas e parasitárias, o que pode ser atribuído à ênfase dada à política de ampliação da abrangência territorial do Programa Saúde da Família (PSF), da cobertura vacinal, por meio do Programa Nacional de Imunizações (PNI) e do Pacto Nacional pela redução da Mortalidade Materna e Neonatal, que prevê ações focalizadas na saúde da mulher e do neonato.

Nesse sentido, podemos concluir que existe a necessidade de programas de prevenção e promoção à saúde, que possam interferir no processo saúde-doença, cujos principais fatores de risco e mortes atribuíveis nas Américas, encontram-se (BRASIL/MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006):

- 1º. Tabagismo;
- 2º. Hipertensão;
- 3º. Sobrepeso;
- 4º. Colesterol;
- 5º. Falta de consumo de frutas e legumes;
- 6º. Álcool;
- 7º. Sedentarismo;
- 8º. Sexo não seguro;
- 9º. Poluição do ar;
- 10º. Água, saneamento e higiene.

Entre os determinantes sociais das doenças, encontram-se os homicídios. Em 2003 houve 39.325 mortes por armas de fogo, o que representa 108 mortes por dia ou nove mortes a cada duas horas ou ainda uma morte a cada 14 minutos. Entre os jovens a morte por arma de fogo é a principal causa até os 39 anos, sendo maior do que os acidentes de trânsito. As vítimas se caracterizam por pessoas do sexo masculino, pobres e moradores das periferias. Em 1979, 7,9% dos jovens foram mortos por armas de fogo; já em 2003, esse número, disparou para 34,4%. Em São Paulo, a taxa de homicídio é de 27,10 por 100mil/hab, sendo no Brasil, a maior taxa em Pernambuco, 50,90 por 100mil/hab e a menor taxa em Santa Catarina, 10,90 por 100mil/hab. (BRASIL/MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

O breve panorama, aqui apresentado, nos impulsiona a discutir o processo saúde-doença para além dos determinantes biológicos. Ao formularmos a tese de que o lazer é uma das possíveis estratégias para a promoção da saúde, tendo como foco as classes subalternas, neste capítulo nos debruçaremos sobre o processo saúde-doença, tendo em vista as contribuições de diversas correntes e modelos conceituais para compreensão do termo e o entendimento da inserção dos determinantes sociais, econômicos e políticos para uma concepção mais ampla, a da promoção da saúde, a partir da qual se desenvolve a definição do nosso objeto de estudo.

2.1. O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

Desvendar o que está por detrás do binômio saúde-doença sempre fez parte dos questionamentos da espécie humana, sem importar o tempo ou espaço em que se dá a busca por tal compreensão. Ao longo de toda história, sempre houve mecanismos que buscaram explicar o processo saúde-doença, o que, ainda hoje, se constitui num dos maiores desafios do homem.

Nas comunidades primitivas a magia ou a feitiçaria era utilizada para explicar os problemas do universo. Relacionar o aparecimento de um fenômeno às forças sobrenaturais era a melhor maneira de se compreender o motivo das doenças.

Na Grécia Antiga existiam duas figuras bastante adoradas pelos seus poderes curativos: Panacéia e Higéia, filhas do deus Asclépios. Panacéia era padroeira da medicina curativa, que se baseava em intervenções individuais, utilizava preces, encantamentos e medicamentos (*pharmakon*), para restabelecer a saúde do indivíduo doente. Higéia, adorada por seu povo pela prática da medicina preventiva, buscava promover a saúde por meio de ações preventivas, visto que considerava a saúde como resultado da harmonia dos homens com o ambiente. Assim, as ações preventivas tinham como esteio o perfeito equilíbrio entre os elementos da natureza: terra, ar, fogo e a água (ALMEIDA FILHO, 2003).

Percebe-se que a evolução histórica dos paradigmas que procuram explicar o processo saúde-doença polariza a compreensão ora sobre o indivíduo, ora sobre os fenômenos da natureza. É verificável a preocupação na eliminação dos males à saúde ao longo da história da medicina, mesmo calcada no âmbito mágico-religioso, sempre contemplando a dimensão do individual e do coletivo, embora os paradigmas da medicina individual e da medicina coletiva tomem dimensões de compreensão completamente diversificadas a cada século.

O rompimento com as explicações sobrenaturais, até então elaboradas para o entendimento sobre o processo saúde-doença, foi atribuído aos estudos de Hipócrates, que entendia a doença como objeto de observação e estudo. Médico, tornou-se bastante respeitado por suas idéias revolucionárias; contrariava as explicações dadas pelos homens do seu tempo, a partir da elaboração da teoria dos quatro humores: a bÍlis negra, a bÍlis amarela, a fleuma e o sangue (ADAM & HERZLICH, 2001). Ao perfeito equilíbrio, Hipócrates relacionava a saúde aos elementos cósmicos da natureza, por isso foi considerado o primeiro a estabelecer uma relação entre o corpo, a mente e o meio ambiente, para o entendimento do processo saúde-doença (CUNHA & MELO, 2007).

Os estudos de Hipócrates influenciaram a medicina por mais de um milênio, trazendo importantes contribuições, a ponto de considerá-lo o pai da medicina, especialmente pela importância dada a observação sobre o estado do doente para a compreensão da doença. Assim, a observação passou a ser o principal instrumento capaz de oferecer subsídios de compreensão para o processo saúde-doença e entendimento de várias causas de doenças até então incompreendidas.

A partir do século XVI a medicina empÍrica e racional começa a se desenvolver⁴, tratando-se de uma época em que a preocupação centra-se no corpo humano. A anatomia é estudada de forma exaustiva pelo flamengo Vésale, a cauterização substitui a ligação das artérias durante as amputações, descoberta feita pelo francês Ambroise Pare, as primeiras teorias sobre as formas de contágios são enunciadas pelo italiano Fracastor, ao qual se deve o

⁴ A criação das escolas médicas ofereceu importante status ao médico, no entanto, a forte influência da Igreja e a intervenção indiscriminada sobre o corpo pela figura do barbeiro e do cirurgião, até o século XVI, não legitimava o médico no desempenho deste novo papel social.

termo sífilis, e inaugura-se no século seguinte o conhecimento sobre a circulação sanguínea, pelo inglês William Harvey (ADAM & HERZLICH, 2001).

Os séculos XVI e XVII são marcados pelas investigações acerca dos padrões de adoecimento da população. Os eventos vitais, óbitos e nascimentos eram quantificados e apareciam estudos relatando as diferenças de mortalidade entre gêneros, regiões urbanas e rurais, grupos etários e estações do ano. A partir disso, foram desenvolvidos os primeiros estudos⁵ voltados para os problemas sociais da saúde. A população tornou-se objeto de pesquisa, e a partir de conhecimentos da matemática foram se estabelecendo um conjunto de saberes, que de acordo com Barata (1998), ainda eram insuficientes para afirmar o desenvolvimento de uma ciência epidemiológica.

O entendimento das causas das doenças passa a sofrer forte influência dos racionalistas do século XVII, pois acreditava-se que o corpo humano funcionava tal como uma máquina e que o bom funcionamento de cada órgão era vital para o estabelecimento da saúde do indivíduo. Nesse sentido, atuava-se a partir do órgão deficiente, que necessitava ser tratado ou expurgado para que pudesse se estabelecer o perfeito equilíbrio. Nesta concepção, mente e corpo possuíam funções distintas e não se admitia a influência de um sobre o outro.

Segundo Barata (1998, p. 19), a análise cartesiana e a comparação passam a guiar a produção de conhecimentos, numa perspectiva que segundo Descartes “todo conhecimento se obtém pela comparação de duas ou mais coisas entre si”. A enumeração, a classificação exaustiva dos elementos, do mais simples com o estabelecimento de graus sucessivos na direção do mais complexo, fundada num saber dedutivo e empírico, aliada a observação, como procedimento privilegiado, constituíam um tipo de saber que oferecia “perfeita correspondência entre o nome que denomina e a coisa denominada” (BARATA, 1998, p.19).

Ao longo dos séculos XVI a XVIII não houve grandes avanços no que se refere à introdução de determinantes sociais no processo saúde-doença, muito pelo contrário, as doenças eram explicadas frente a avançados métodos de observação e cálculos matemáticos e estatísticos, fortemente influenciado pelos princípios cartesianos.

⁵ Barata (1998) cita os trabalhos de Petty (1648), Graunt (1662), Lind (1747) e Bernouilli (1760)

Ainda, de acordo com Ayres (1995), a medicina classificatória se estendeu até o século XVIII e foi, então, baseada nas qualidades observáveis da doença.

De acordo com Barata (1998), o modelo científico do século XIX foi fortemente influenciado pelo “evolucionismo biologicista”, pelo “causalismo da física mecânica” e pelo “empírico-indutivismo”, num contexto sócio-político em que a dimensão do coletivo ganha novos contornos. No centro do debate sobre o processo saúde-doença afirmava-se o conflito entre dois enfoques: o biológico e o social ou entre a saúde pública e a medicina, a partir de questões como:

[...] deve a saúde pública tratar do estudo de doenças específicas, como um ramo especializado da medicina, baseando-se fundamentalmente na microbiologia e nos sucessos da teoria dos germes ou deve centrar-se no estudo da influencia das condições sociais, econômicas e ambientais na saúde dos indivíduos? Outras questões relacionadas: a saúde e a doença devem ser pesquisadas no laboratório, com o estudo biológico dos organismos infecciosos, ou nas casas, nas fabricas e nos campos, buscando conhecer as condições de vida e os hábitos de seus hospedeiros? (BUSS & PELLEGRINI FILHO, 2007, p.79).

Nos marcos da Revolução Industrial, o desenvolvimento do modo de produção capitalista configura um novo cenário, composto pelo trabalhador livre, o surgimento do Estado Moderno, do desenvolvimento de ciências e técnicas, reorganização do espaço público, que criava condições necessárias para o desenvolvimento de um saber sobre o processo saúde-doença numa dimensão coletiva. O capitalismo industrial e sua necessidade de mão de obra traziam questões que transportavam a doença para uma dimensão social. O corpo passava a ser valorizado como instrumento de trabalho e a compreensão do processo saúde-doença tinha como referência, práticas visando a prevenção ou controle das doenças numa visão mercantilista.

No século XIX instaura-se uma perspectiva de racionalidade médica baseada no conceito de normalidade: “é a expressão do racionalismo naturalista que domina o período. Instaura-se, a partir daí, a concepção de normal e anormal em relação à saúde e à doença” (AYRES, 1995, p.94).

Estabelecia-se igualmente uma forte relação entre normatividade médica e normatividade social, tendo em vista que os efeitos do empenho médico para uma normalização anatômica e fisiológica caminhavam para muito além das estruturas e funções

orgânicas, ou seja, permeavam toda ordem social do capitalismo, num momento em que se somam às graves condições sanitárias, nos bairros operários de Paris, as avassaladoras epidemias de cólera, que mataram milhares de pessoas (AYRES, 1995).

A saúde, neste contexto, se constituía como fato social, e passava a pertencer a um campo normativo sanitário. Fundada na racionalidade científica moderna, a saúde, como ciência no século XIX, se afirmava num novo campo, o da saúde pública, que tinha como protagonista uma medicina normativa aliada a um Estado mais intervencionista:

Medidas de saneamento ambiental, medidas de controle público das doenças infecciosas, uma incipiente regulação do trabalho nas fábricas, especialmente do menor, medidas de natureza pedagógica visando os hábitos individuais e assistência médica de corte caritativo são os aspectos em que se retraduz o projeto de reforma médico-social (AYRES, 1995, p.131).

As tendências esboçadas durante o século XIX se desenvolvem e se consolidam na Epidemiologia, com a incorporação de técnicas e princípios da bioestatística, de um conjunto de métodos de observação capaz de construir verdades e serem submetidas à verificação e com a sofisticação das técnicas de análise que oferecem maior rigor nas fundamentações de suas produções (BARATA, 1998).

A Epidemiologia, como campo científico, tem origem em 1854, quando o médico inglês John Snow estabeleceu os fundamentos epidemiológicos no estudo da cólera em Londres. Os estudos de Pasteur trouxeram novas contribuições para o campo. Na medida em que avança a relação entre agente infeccioso, hospedeiro e ambiente, os epidemiologistas procuram entender as causas das doenças em grupos de pessoas (NUNES, 2006).

Todavia, de acordo com Ayres: “A esfera de explicações de que se ocupa a teoria epidemiológica trata cada vez mais da ocorrência dos fenômenos, abstendo-se de investigar o processo pelo qual estes ‘chegaram a ser o que são’” (AYRES, 1995, p. 185).

A primeira metade do século XX representou a transição para o limiar de cientificidade. A reestruturação da saúde pública e as tensões vividas no século XIX se intensificaram entre 1920 e 1930, entre higiene pública e privada, Estado e mercado, racionalidade política e técnica. Parte da normatividade da higiene é absorvida pelo Estado, na

esfera institucional da saúde pública, enquanto que outras são incorporadas às práticas privadas, no âmbito médico-assistencial⁶.

Uma das maneiras para explicar o processo saúde-doença, que mais expressa este diálogo entre o social e o biológico, é encontrada no conceito da “história natural da doença”. Se por um lado Ayres (1995) aponta a formulação deste conceito por Ryle, em 1936, tendo por base um modelo interpretativo único, cuja relevância está na intervenção da doença sobre todos os aspectos implicados na saúde física, mental e moral, por outro lado, a sistematização, mais tarde, nos anos 70, formulada por Leavell & Clark, para descrever a História Natural da Doença (HND), tornou-se um pioneirismo para estruturação da atenção à saúde, ao configurar o processo saúde-doença em dois momentos: o patogênico e o pré-patogênico (PAIM, 2006).

O momento patogênico consistia no diagnóstico ou detecção precoce da doença. Acreditava-se que exames periódicos, sinais e sintomas identificados numa triagem poderiam permitir um diagnóstico, limitando estágios mais evoluídos da doença. Para este momento foram criados alguns conceitos, como prevenção da evolução, prevenção secundária ou prevenção terciária.

Ao momento anterior à instalação da doença deu-se o nome de pré-patogênico, no qual poderia ser articulado um conjunto de ações e medidas que inibiria o aparecimento da doença. Configurava-se o que se denominou prevenção primária ou prevenção da ocorrência.

A primeira metade do século XX caracterizou-se, assim, pela introdução de um novo paradigma, do bio-psico-social, partindo-se da idéia de que o paciente deve ser compreendido de forma global e não fragmentada, como até então propunham os bacteriologistas, os

⁶ A influência de uma medicina normativa aliada à intervenção do Estado também se fazia presente no Brasil. A saúde dos anos 70 estava focalizada na massa produtiva. Procurava-se atuar “sobre corpo do trabalhador, mantendo e restaurando sua capacidade produtiva” (MENDES, 1999, p.21).

Configurava-se um modelo médico assistencial-privatista que excluía parcelas significativas da população. No final dos anos 70, O Brasil passa a organizar ações de prevenção primária, com forte caráter higienista, a partir do incremento de medidas focalizadas nas populações mais excluídas da sociedade, constituindo a conformação de políticas compensatórias.

Logo o esgotamento deste modelo médico-privatista, ainda no final dos anos 70, tem como pano de fundo uma crise fiscal do Estado com fortes repercussões na Previdência Social (MENDES, 1999): a) domínio da prática médica, baseado nos aspectos curativo-reabilitadores; b) inalteração do perfil de morbimortalidade; c) custos crescentes, que inviabilizavam o fortalecimento do setor privado através dos convênios-empresas; d) ausência de critérios para compra de serviços privados; e) ausência de controle público.

anatomistas e os patologistas. Nesta época são introduzidos, também, os conceitos da psicanálise e os fatores psicológicos passam a ter destaque com os estudos de Freud. Assim, segundo Ibañez, Mercadante, Marsiglia e Spinelli:

[...] a influência do meio ambiente social, heterogêneo do século XX sobre o indivíduo pôde ser reconhecida ampliando a investigação da ciência médica a uma gama de fatores não só biológicos mas psicológicos e sociais. É a era da Ciência Clínica durante a qual a medicina se assenta definitivamente como campo científico; recorre a várias ciências para explicar o processo saúde-enfermidade ao qual se adapta o ser humano (IBÁÑEZ, MERCADANTE, MARSIGLIA e SPINELLI 2004, p. 300).

Todavia, de acordo com Buss e Pellegrini Filho (2007), uma permanente tensão entre os enfoques médico-biológico e sócio-políticos e ambientais pode ser observada ao longo do século XX. Esses autores ainda afirmam que a própria Organização Mundial da Saúde (OMS) demonstra características desta tensão, quando intercala forte influência de um modelo centrado nos aspectos biológicos, individuais e tecnológicos com outros em que se destacam os fatores sociais e ambientais:

A definição de saúde como um estado de completo bem estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doença ou enfermidade, inserida na Constituição da OMS no momento de sua fundação, em 1948, é uma clara expressão de uma concepção bastante ampla de saúde, para além de um enfoque centrado na doença. Entretanto, na década de 50, com o sucesso da erradicação da varíola, há uma ênfase nas campanhas de combate a doenças específicas, com a aplicação de tecnologias de prevenção e cura (BUSS E PELLEGRINI FILHO, 2007, p.80).

Vinculava-se ao conflito entre o biológico e o social, a conformação de uma nova área de conhecimento, delimitada por um projeto científico de saúde coletiva, que se propunha a compreender e explicar os problemas de saúde, sob a égide dos macroprocessos da modernização e seus impactos sociais na saúde da população.

Amplios setores sociais passam a questionar o modelo biomédico vigente, e se manifestam tendo em vista o agravamento da pobreza e, por conseguinte das condições de vida da população.

Segundo Carvalho (2007), a situação sanitária que se caracteriza no século XX, destacando-se a alta prevalência de doenças vinculadas à pobreza, resulta no surgimento de duas correntes, nos anos de 1950 e 1960. Com o apoio da Organização Pan-Americana de Saúde, o Projeto Preventivista e o Projeto de Saúde Comunitária, procuravam dar conta de um

modelo cuja crítica voltava-se à medicina centrada no indivíduo, que na teoria e na prática estava em crise (NUNES, 2006) e já não conseguia mais responder, de forma eficiente, aos males que assolavam a sociedade.

O Projeto Preventivista foi influenciado pela teoria da multicausalidade, fundamentado pelo conceito da História Natural da Doença, que justificava intervenções prévias à ocorrência da doença. O segundo Projeto da Saúde Comunitária reproduz o arsenal discursivo do Projeto Preventivista, com a ampliação de ações que postulavam a integração de práticas curativas e preventivas, no âmbito do individual e do coletivo, valendo-se do incremento da participação comunitária.

Se por um lado os dois projetos representaram a tentativa de rompimento com a tradição higienista e curativa, introduzindo o social ao saber médico, que confirma a sua intencionalidade pela mudança e, tal como, a importância de uma abordagem fundamentalmente educativa, por outro lado, nenhum deles conseguiu avançar para a conformação de um modelo que rompesse com o ideário conservador que responde às necessidades da reprodução do capital e requeresse do Estado um papel ativo, que contemplasse novos contornos ao paradigma sanitário (CARVALHO, 2007).

O Projeto Preventivista não conseguiu transformar a essência do modelo higienista, porque manteve o seu ideário impermeável às questões postas pelos determinantes sócio-históricos do processo saúde-doença e de recomposição da prática médica, sem haver uma proposta mais inovadora, que rompesse com o paradigma clínico hegemônico. O modelo hospitalocêntrico era mantido, associado ao fortalecimento da prática médica privatista.

O Projeto da Saúde Comunitária resultou em ações que procuravam minimizar as tensões sociais a partir do discurso da participação comunitária. Caracterizava-se por programas extramuros, que sugeria ser uma alternativa à prática dominante da assistência médica, ao garantir cuidados de saúde a populações específicas: pobre, rural e urbana esfoliada, no entanto atuando com recursos escassos, de baixo custo e mão-de-obra mal qualificada.

Carvalho (2007) aponta que no Brasil, no contexto das lutas sociais pela redemocratização da sociedade brasileira e pelo fortalecimento das organizações sociais, a

incorporação da crítica ao ideário da Saúde Comunitária subsidiou projetos socio sanitários contra-hegemônicos e teve papel de destaque no arcabouço teórico da reforma sanitária, nos anos 80.

Nunes (2006) considera importante recordar que o saldo do movimento de saúde, dos anos 50 e 60, foi a criação dos departamentos de medicina preventiva e social nas escolas médicas e de disciplinas que ampliam a perspectiva clínica. Nos anos 70 a Organização Panamericana de Saúde (OPAS) publica um documento - *Formulación de Políticas de Salud* - que faz críticas ao modelo de planejamento dos anos 60 e traça os rumos para o planejamento estratégico dos anos 80. Este movimento de reforma da saúde pública sofre, ainda, forte influência da Declaração de Alma-Ata, de 1978, que fundamentou muitas questões, tendo destaque o direito à saúde, o papel do Estado e a atenção primária como porta de entrada do sistema de saúde. O autor, ainda, acrescenta:

Para o campo da Saúde Coletiva, os anos 1970 representam um momento em que o campo inicia sua estruturação formal, especialmente na formação de recursos humanos, no avanço das ciências sociais na saúde e no papel da Financiadora de Estudos e Projetos (FINEP) no fomento ao desenvolvimento tecnológico e inovação (NUNES, 2006, p.23).

O processo de reforma da saúde pública tem como marco a VII Conferência Nacional de Saúde, em 1979, na qual se expressam as propostas que darão sustentação sócio-política à construção teórico-conceitual da Saúde Coletiva.

A criação da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) coincide com a conformação da Saúde Coletiva, como campo de saber. A ABRASCO foi expressão de uma articulação entre docentes, pesquisadores e profissionais de saúde que assumia uma posição política e técnica, com vistas a reformulação do setor saúde e concepção da saúde como direito do cidadão e dever do Estado (NUNES, 2006).

Percebe-se que a saúde vista de uma maneira mais ampliada vinha sendo preparada ao longo das cinco últimas décadas do século XX, mas foi a partir de 1970 que as concepções de coletivo, sociedade e estrutura passam a ser categorias fundantes para análise em saúde e que culminam na criação dos cursos de Pós-Graduação *Stricto-Senso* em Saúde Pública e Medicina Social, posteriormente enquadradas no campo das Ciências da Saúde, com a denominação de Saúde Coletiva.

No Brasil, portanto, sob influência da Medicina Social latino-americana, o modelo teórico de Saúde Coletiva, incorporou as Ciências Sociais à Medicina, tendo como eixo metodológico a perspectiva histórico-estrutural. A Saúde Coletiva Brasileira se constitui como campo de saber, que estuda o processo saúde-doença, enquanto processo social. Investiga a produção e distribuição das doenças, tendo em vista os processos de reprodução social e analisa as práticas sociais, de forma a compreender como a sociedade identifica suas necessidades e problemas de saúde e busca explicações e se organiza para enfrentá-los (CARVALHO, 2007).

Podemos entender que a Saúde Coletiva tem como objeto de estudo os processos sociais na determinação da condição saúde-doença e como alvo os sujeitos sociais. Por processos sociais compreendemos o conjunto de ações e atuações que perpassam a vida cotidiana, num dado contexto sócio-político. Nesta ótica, os processos sociais possuem uma dimensão macrossocial e são vivenciados de diferentes formas pelos sujeitos, dada sua condição econômica, social, cultural e psicológica. Por sujeitos sociais entendemos o conjunto de pessoas, que possuem ou não características em comum, tais como grupos étnicos, classes sociais, gerações etc. e se constituem protagonistas das suas experiências cotidianas, na sua expressão individual ou coletiva.

A Saúde Coletiva está fundamentada em três práticas:

- A. Teoria, na conformação de um campo de saber;
- B. Ideológica, na construção de uma consciência sanitária como parte da consciência social;
- C. Política, na consolidação do compromisso com a universalidade e equidade em saúde.

De acordo com Carvalho, no final dos anos 70, o ideário político da Saúde Coletiva foi decisivo para compreensão das principais linhas de estratégia da Saúde Coletiva: a Reforma do Sistema de Saúde Brasileiro e reorganização do Estado.

O projeto da Saúde Coletiva pressupõe, além de ampliar o acesso da população aos serviços de saúde, priorizar intervenções macropolíticas, contribuindo para a correlação de forças no seio da sociedade, que sejam suficientes para introduzir na agenda estatal a

produção de ambientes e populações saudáveis e a modificação da produção dos serviços de saúde (CARVALHO, 2007).

Os anos 80 foram palco do Movimento Sanitário que, envolvendo diversos atores sociais, associações, organizações sociais, instituições, movimentos populares, entre outros, promoveu franco debate na arena política, visando à racionalização e aumento da eficácia das ações setoriais na saúde. Destaca-se neste movimento a VIII Conferência Nacional de Saúde, cujas resoluções foram em parte incorporadas à Constituição de 1988.

Num contexto socioeconômico mais amplo, este foi um momento de reestruturações, ante a universalização das políticas sociais. Nunes (2006) adverte para o advento de um novo paradigma, da economia da saúde, tendo em vista a dimensão fiscal e financeira de atenção à saúde. Tratava-se de um marco para a história da saúde no Brasil, no entanto, com forte atrelamento à agenda internacional, comandada pelo Banco Mundial.

Sob um outro ângulo de análise, Carvalho (2007) chama atenção ao processo que vem sendo denominado de “universalização excludente”. Embora seja legítimo que esses movimentos tiveram importante papel nos enfrentamentos político-assistenciais no campo da saúde, não se deve encobrir lacunas e limitações do SUS. Se por um lado, destacam-se como saldo positivo a universalização do acesso aos serviços de saúde públicos, a partir da estruturação do Sistema Único de Saúde, a gradativa descentralização dos serviços, ou seja, a municipalização e regionalização do atendimento à população, o que visa otimizar o acesso, o orçamento e os recursos locais, e a consolidação de arcabouço jurídico-constitucional inovador e progressista, por outro lado, a universalização excludente:

Procura retratar uma realidade em que a melhoria da qualidade dos serviços de saúde não ocorreu na mesma velocidade que a ampliação do acesso à clientela levando, entre suas conseqüências, a um gradativo processo de “fuga” dos setores médicos e de trabalhadores qualificados para o sistema privado. Este quadro, presente até os dias de hoje, contribui para a iniquidade da atenção e é um fato de debilitamento do bloco histórico de sustentação da Reforma Sanitária Brasileira (CARVALHO, 2007, p.106).

O autor complementa que estas, dentre outras dificuldades, se explicam pelo “predomínio por um projeto político hegemônico, por forças políticas conservadoras e influxo crescente do ideário neoliberal na formulação das políticas públicas” (CARVALHO, 2007, p.106). Isto quer dizer que estão em jogo forças sociais, em que grupos de interesses se

articulam nos bastidores da política e dos associativismos corporativos a fim de diluir, dificultar e impedir a construção de um Sistema de Saúde, que dê conta de todas as proposituras constitucionais brasileiras.

Ainda conforme Carvalho (2007), o modelo teórico predominante nos anos 80 sofreria várias inflexões nos anos 90, face à preocupação de propor alternativas macropolíticas para o setor saúde.

Segundo Stotz (1997), considerando-se o conjunto de questionamentos que circunscrevem as pretensões da Saúde Coletiva como campo científico próprio, encontram-se tensões epistemológicas. De fato, a contribuição da Saúde Coletiva foi de trazer a reflexão sobre a dicotomia natureza-sociedade:

“Se as promessas da Saúde Coletiva (e da Medicina Social) não se cumpriram totalmente, é também verdade que a busca de um marco teórico-metodológico capaz de dar conta da especificidade da relação entre o biológico e o social, tem introduzido um conhecimento mais profundo sobre uma diversidade de dimensões particulares do processo saúde-doença dos grupos sociais” (STOTZ, 1997, p.279).

Sobre esta questão, Carvalho (2007), atenta para a visão reducionista da Saúde Coletiva dos anos 90 sobre o tema sujeito, individual e coletivo. O predomínio da concepção de sujeito como fruto das determinações e forças situadas na superestrutura social levou ao “desvio positivista similar ao modelo explicativo que se tentou superar”.

O modelo explicativo do processo saúde-doença passa a ser concebido como uma relação de exterioridade, pressupondo que a saúde só é possível a partir da transformação da totalidade socioeconômica e que o sujeito não realiza mediação na produção da consciência e dos valores coletivos (CARVALHO, 2007).

Bodstein (1997) destaca a forte influência de abordagens de viés marxista, inspiradas na busca dos determinantes socioeconômicos no campo da Saúde Coletiva. Tratou-se de um período marcado por interpretações excessivamente reducionistas, deterministas e unilaterais, com estritas amarras ideológicas, característica inquestionável do saber militante. De acordo com Carvalho:

A afirmação da historicidade do processo saúde-doença, da articulação existente entre política e a organização dos serviços de saúde, da “patogenicidade” do capitalismo e da necessidade do enfrentamento das causas da iniquidade social são

concepções em que podemos observar a influencia do referido arcabouço. (CARVALHO, 2007, p. 107).

A idéia central está em retomar a discussão teórico-metodológica que compõe o arcabouço da Saúde Coletiva e a contribuição das Ciências Sociais torna-se crucial para dar novos sentidos em torno da idéia de sujeito, de política, de democracia, de público, de cidadania, de direitos, de forma a procurar uma nova redefinição acerca da relação Estado e sociedade. Conforme Bodstein:

Daí a importância da reconceituação da ação estatal, de tal forma que o Estado apareça não só como arena, mas como ator fundamental do processo político. A questão da autonomia do Estado emerge como um grande divisor de águas dentro da teoria política contemporânea. A centralidade do Estado é atestada, não só pela sua capacidade de modelar as relações entre sociedade civil e autoridade política, mas também por estruturar as relações cruciais estabelecidas dentro da sociedade [...] Tais impulsos inovadores na teoria política contemporânea permitem ainda uma reavaliação dos mecanismos em torno dos quais se processam as demandas, se definem interesses coletivos, se constituem arenas decisórias e se conformam atores políticos. Mais do que isso, a teoria política atual enfatiza, sobretudo, os limites e os impasses no processo de formação de interesses, de organização de demandas e de ação coletiva, especialmente quando se trata de distribuição de bens e serviços públicos. (BODSTEIN, 1997, p. 221).

Nesse sentido, Bodstein (1997) aponta para algumas saídas:

- A. Retomar a discussão teórico-metodológica do campo das Ciências Sociais em Saúde;
- B. Avançar metodologicamente na análise a respeito das organizações coletivas, protagonistas do jogo democrático;
- C. Romper com a rigidez teórica em torno da dependência estrutural do Estado diante do capital;
- D. Apostar em perspectivas analíticas que procurem reconstruir a capilaridade do sistema de saúde, tomando como eixo a compreensão das organizações coletivas e da influencia dos interesses, que moldam a ação dos sujeitos, cotidianamente;
- E. Repensar as relações hierárquicas presentes no interior das equipes de saúde;
- F. Propor uma reorganização da assistência á saúde, que molde o atendimento à gestão dos serviços, com vistas a garantia da equidade do acesso e otimização dos recursos físico e financeiros;

- G. Gerar capacidade da burocracia técnica de agir autonomamente: recuperação de experiências gerenciais bem sucedidas na reestruturação do sistema local de atendimento;
- H. Recuperar a representação e a imagem das classes populares a respeito do significado do atendimento público: perceber as possibilidades de variações nas representações cotidianas da população usuária em relação ao direito ao atendimento público, a relação médico-paciente, a perspectiva de acesso e critérios utilizados para avaliar a qualidade de atendimento nos serviços públicos.

Ao final da década de 1980 duas correntes procuram lograr o debate sobre as políticas e práticas sanitárias. Uma denominada corrente da Vigilância da Saúde (VS) e outra Corrente em Defesa da Vida (DV), as quais apresentam propostas distintas.

A Corrente da Vigilância da Saúde não rompia com o paradigma estruturalista para explicar o processo saúde-doença. Muito pelo contrário, defendia que a saúde era um produto social, portanto, resultante de fatores econômicos, políticos, ideológicos e cognitivos. Sua proposta baseava-se no modelo teórico conceitual da Produção Social da Doença e priorizava o enfrentamento dos problemas sociais, relacionado à condição de vida da população, dando pouca ênfase aos serviços assistenciais. A clínica ou prática médica individual aparecia como serviço complementar (CARVALHO, 2007).

Nessa corrente se trabalhava com o conceito de Distrito Sanitário, no qual o território passa por uma definição de espaço geográfico, mas é espaço privilegiado das práticas sanitárias, produto da dinâmica social, ou seja, de vida, de conflitos, de interesses, de projetos, de sonhos. Nesse sentido o território é entendido sob permanente construção. Operacionalmente, o território se dividia segundo critérios de necessidade e capacidade de intervenção, indo do geral para o particular: território-distrito; território-área; território-microarea; território-moradia (MENDES et al, 1999).

Na década de 1990 algumas estratégias de saúde incorporam os princípios e diretrizes da VS. Isso ocorre com a criação do Programa Saúde da Família, o que amplia a influência desta corrente nas práticas sanitárias brasileiras. De toda forma, na visão crítica de Carvalho:

A ênfase no papel da epidemiologia e do planejamento na determinação das necessidades em saúde e a pouca atenção ao papel da demanda espontânea e do saber clínico para a organização dos serviços apontam para uma abordagem que é insuficiente para responder á temática da necessidade em saúde. Esta é socialmente definida e depende da cultura, da história política e econômica de cada povo e de cada país (CARVALHO, 2007, p.117).

Entende-se, assim, que a herança estruturalista da Saúde Coletiva não foi superada pela VS e que existiu uma supervalorização dos determinantes sociais no processo saúde-doença. Se por um lado esta corrente propõe diretrizes operacionais que são fundamentais para a intervenção junto à coletividade, por outro, falha ao deixar de abarcar a complexidade do processo saúde-doença de ordem biológica e subjetiva, tendo em vista as múltiplas dimensões do sujeito.

A Corrente em Defesa da Vida foi resultante de atividades e produções acadêmicas de um grupo de sanitaristas vinculados à Universidade Estadual de Campinas e de trabalhadores da Secretaria de Saúde, desse município, localizado no Estado de São Paulo, a 100 km da capital (CARVALHO, 2007).

Esta corrente destaca-se pela vinculação estreita entre teoria e prática, que se faz presente numa ativa interlocução com investigadores, profissionais e dirigentes da saúde no Brasil e no exterior. A influência da DV esteve presente em vários municípios do interior de São Paulo, tais como: Campinas, Piracicaba, Ipatinga, Belo Horizonte, Betim, Sumaré, Hortolândia, Volta Redonda e Paulínia e em cidades de outros Estados do Brasil. Em 2003 teve papel central nas estratégias do Ministério da Saúde, destacando-se: a Política Nacional de Humanização e o Projeto de Educação Permanente da Secretaria de Gestão e Trabalho em Saúde.

As principais linhas de investigação da proposta da DV, a partir de meados dos anos 90 se diversificaram, tendo como foco, três linhas estratégicas, e como autores de referência, Emerson Merhy, Gastão Wagner e Luis Cecílio:

- A. Gestão e processo de trabalho;
- B. Gestão, sujeitos e modelos de atenção;
- C. Poder, organização e gestão hospitalar.

O arcabouço conceitual da corrente em Defesa da Vida é composto por um conceito ampliado de doença e do entendimento do social. De acordo com Carvalho (2007), a DV trabalha com um modelo social de determinação do processo saúde-doença em que são enfatizados os aspectos ideológicos, culturais e psicológicos da vida em sociedade. Os saberes vinculados às Ciências Naturais, como a anatomia, a fisiologia, a patologia e a biologia não são desqualificados nesta corrente, mas criticados enquanto detentores da verdade científica no campo da saúde.

O reconhecimento da dimensão individual do sofrimento, a valorização de estratégias microsociais, o resgate do usuário como agente de mudança, a participação dos trabalhadores de saúde são encontradas dentre as concepções que guiam a DV, numa perspectiva de contribuir para a emancipação social⁷ e produção de bens e serviços para o setor, sem desconhecer o papel dos determinantes macroestruturais: “aspecto central da corrente é o entendimento da relação entre estruturas e sujeito, entre as esferas micro e macrosociais” (CARVALHO, p. 142).

A DV propõe a ampliação do conceito da Clínica, estimulando a incorporação, pelos trabalhadores da saúde, de diretrizes que apontem para a garantia da reprodução social e emancipação dos sujeitos. Deseja-se uma intervenção no processo saúde-doença, que contemple ações de prevenção, de diagnóstico e cura e de reabilitação, com a introdução de um modo partilhado de produção de relações e intervenções sobre as disfunções biológicas. Preconiza-se uma prática holística, em que se valorize a relação intersubjetiva, uma vez que, o processo de diagnóstico e cura é sempre uma relação entre sujeitos (CAMPOS, 2006).

Assim, para a redefinição da Clínica, coloca-se no debate da DV a ênfase da promoção e proteção da saúde, bem como diretrizes de educação para a saúde:

O reconhecimento da importância do ideário da promoção da Saúde não deve levar-nos a conclusões apressadas que possam sugerir um deslocamento de intervenções do “setor saúde” para o “campo da saúde” que possa significar uma hierarquia que privilegie o coletivo à custa do indivíduo, a Saúde Pública à custa da Clínica e as atividades extramuros à custa das práticas realizadas em centros de saúde,

⁷ De acordo com Campos (2006), almeja-se com este conceito poder capacitar os sujeitos para que consigam participar da construção de regras e normas que compõem as estruturas sociais. Não trabalha-se com o conceito absoluto, da concepção clássica, mas com a capacidade da pessoa e da coletividade de lidar com suas dependências.

ambulatórios de especialidades, serviços de urgência e hospitais (CARVALHO, 2007, p. 160).

2.2. A PROMOÇÃO DA SAÚDE

Não é possível negar que a conformação da Saúde Coletiva, inaugurada como um novo campo de saber ao final do século XX, revela ao longo dos seus quase 30 anos a busca de um arcabouço conceitual que pudesse dar conta dos questionamentos acerca dos determinantes do processo saúde-doença. O que se verifica nesta longa jornada é a tentativa de estreitar o diálogo entre o teórico e a prática. De forma genérica, pode-se apontar para a formação de um rico terreno de atritos e tensões, cujas proposições convergem para a desobstrução do sistema público de saúde, tendo em vista saberes e práticas que tendem à garantia do direito do acesso aos bens e serviços de saúde com qualidade, isso quer dizer um planejamento estratégico que possa garantir à população a saúde, ou seja, à vida.

O campo da promoção da saúde surge nesta perspectiva, nos anos 70, em países desenvolvidos. É nessa época que se formaliza a corrente behaviorista da Promoção da Saúde, cujo enfoque foi desenvolver estratégias para intervir sobre o comportamento dos indivíduos, tendo em vista hábitos não saudáveis.

A corrente behaviorista preconiza intervenções sobre o estilo de vida que afetam a saúde, entendendo que decisões pessoais e maus hábitos criam riscos, cujos efeitos, a enfermidade ou a morte, são de responsabilidade do indivíduo. Assim, possui destaque a idéia do controle pessoal sobre a doença (CARVALHO, 2007).

Portanto, conceitos como “estilo de vida”, “qualidade de vida” e “campo de saúde” possuem aporte na corrente behaviorista, inspirando políticas de saúde em vários países, desobrigando e desresponsabilizando o Estado em relação aos seus deveres. Geralmente, as estratégias são postas em marketing social, de educação para a saúde e de estímulos à auto-ajuda, sem que haja uma reflexão maior acerca do modo de produção e reprodução das relações sociais vigentes, como determinantes do processo saúde-doença.

Segundo Carvalho (2007), esta corrente expressada no Relatório Lalonde: Uma Nova Perspectiva na Saúde dos Canadenses (1974), apresenta uma tendência pedagógica vertical e autoritária, que influenciou e ainda influencia a maior parte das ações de saúde no Canadá, sob a denominação de Promoção da Saúde, que ao contrário disto, é orientada pela intervenção sobre estilos de vida.

Pode-se dizer que o Relatório Lalonde, a Conferência de Alma-Ata (URSS-1978), com a proposta Saúde para Todos no Ano 2000 e a estratégia de atenção primária, que lançada em Alma-Ata, alcançou destaque em 1986, na I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, estabeleciam as bases para o enriquecimento da discussão em torno do tema, resultando na “sustentabilidade dos enfoques não-médicos como meios primários de melhorar a condição de saúde” (BRASIL, 2002, p. 17). Nesse contexto, a OMS, na elaboração do seu Sétimo Programa de Trabalho (34^a Assembléia Mundial de Saúde) incorpora os determinantes sociais de saúde.

No texto da Declaração de Alma-Ata fica evidente a proposta de ampliação da visão sobre o cuidado de saúde em sua dimensão setorial e de envolvimento da população, o que influenciou fortemente o movimento que, a partir de então, se constituiria em torno do que se passou a denominar Promoção da Saúde.

Dentre o que se pode destacar como necessidades de avanço para o setor da saúde, retratando a Declaração de Alma-Ata, estão (BRASIL, 2002): 1) a intervenção de outros setores sociais e econômicos para a conquista de saúde; 2) o enfoque sobre a promoção e proteção da saúde como elementos para melhorar qualidade de vida e oferecer sustentabilidade econômica e social para o país; 3) o envolvimento da população visto sua participação individual e coletiva para planificação e aplicação de ações de saúde; 4) a inclusão de práticas educativas, de aporte nutricional, de abastecimento de água potável e saneamento básico, de assistência materno-infantil, de imunização contra as principais doenças infecciosas, de prevenção contra endemias, de disponibilidade de medicamentos essenciais, entre outros.

Já no final do século XX, duas outras correntes se desenvolvem no Canadá⁸ enfocando os determinantes socioambientais na explicação do processo saúde-doença. Neste grupo situam-se: a Nova Promoção da Saúde, cujo documento de referência é a Carta de Ottawa e a Promoção da Saúde da População, que tem como texto fundador o artigo “*Producing Health, Consuming Health Care*” e é proveniente de interlocutores do campo da epidemiologia.

A Carta de Ottawa teve como referência a I Conferência Internacional da Saúde, realizada no Canadá em 1986. Este evento representou um marco histórico para a reflexão de uma política de saúde no mundo, que pudesse contemplar uma real qualidade de vida à população e respondesse de forma propositiva às crescentes expectativas por uma nova saúde pública. A Carta de Ottawa foi apresentada como produto das discussões geradas nesta Conferência e se traduziu numa referência para o conceito de promoção de saúde, assim definida:

A promoção da saúde vai além dos cuidados de saúde. Ela coloca a saúde na agenda de prioridades dos políticos e dirigentes em todos os níveis e setores, chamando-lhes a atenção para as consequências que suas decisões podem ocasionar no campo da saúde e a aceitarem suas responsabilidades políticas com a saúde. A política de promoção da saúde combina diversas abordagens complementares, que incluem legislação, medidas fiscais, taxações e mudanças organizacionais. É uma ação coordenada que aponta para a equidade em saúde, distribuição mais equitativa da renda e políticas sociais. As ações conjuntas contribuem para assegurar bens e serviços mais seguros e saudáveis, serviços públicos saudáveis e ambientes mais limpos e desfrutáveis. Promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. **A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver.** Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global⁹.

⁸ O Canadá, de 1998 a 2000 foi considerado o país com o melhor índice de Desenvolvimento Humano, ocupando em 2001 a terceira posição, enquanto o Brasil a 69ª, em 1999. O sistema de saúde canadense é de caráter universal e o princípio da acessibilidade procura garantir a todos os cidadãos o direito a serviços de saúde de qualidade. Possui como principal porta de entrada para o sistema, o serviço prestado por médicos generalistas, que responde por mais de 60% do total de atendimentos médicos feito no país. Os generalistas controlam o acesso à maioria dos especialistas, aos testes de diagnóstico, à internação hospitalar, aos provedores privados contratados e à prescrição de medicamentos. A rede hospitalar e de pronto-atendimento é gerenciada em 95% dos casos por entidades filantrópicas, administradas por Conselhos Comunitários, Organizações voluntárias e representantes municipais. O Estado financia com a arrecadação de impostos e taxas 70% dos gastos com saúde (Carvalho, 2007).

⁹ Carta de Ottawa. Primeira Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde. Ottawa, 1986. Disponível em: <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf>. Acessado em 10/01/2007.

A Nova Promoção de Saúde, ao introduzir uma perspectiva sócio-ambiental, em detrimento dos limites teóricos e práticos da corrente behaviorista, colocou-se na seqüência da tradição sanitária do século XIX, quando estudiosos como Snow, na Inglaterra, Villermé, na França e Virchow, na Alemanha, já relacionavam as doenças com a situação de pobreza e condições de vida.

Um dos conceitos que permeou as estratégias da Nova promoção da Saúde foi de *empowerment*, que em 1970 foi influenciado pelos movimentos de auto-ajuda e em 1980 pela psicologia comunitária. Na década seguinte, a Nova Promoção da Saúde pretende - a partir deste conceito, definido como *o acúmulo de poder em distintos âmbitos da vida em sociedade* – capacitar ou possibilitar que indivíduos e coletivos se preparem para responder, de forma criativa, aos desafios biopsicológicos e sociais da vida social. Esta categoria atravessa distintas estratégias, como: participação comunitária, educação para a saúde e políticas públicas saudáveis (CARVALHO, 2007).

Até o final dos anos 90, um particular movimento canadense movimentou as demandas sanitárias daquele país. O Ministério canadense, a partir da Conferência “Além do Cuidado da Saúde”, que teve participação da OMS, torna público o *Epp Report (1984)*, sob liderança do ministro Jake Epp, que propunha medidas como a redução da iniquidade, a ampliação de ações preventivas, o fortalecimento da capacidade dos indivíduos para lidar com as limitações advindas das doenças crônico-degenerativas e o estímulo ao autocuidado e a mecanismos de auto-ajuda. Neste movimento dois conceitos são lançados: o de política pública saudável e o de cidade ou comunidade saudável (BRASIL, 2002). Em conjunto com a Carta de Ottawa e este documento elaborado pelo Ministro da Saúde do Canadá, se compõe o arcabouço de referência para as ações de Promoção da Saúde no Canadá até início dos anos 90.

Em Adelaide, na Austrália, a II Conferência Internacional de Saúde reafirmou as cinco linhas de ação da Carta de Ottawa, procurando enfatizar o desenvolvimento de ambientes saudáveis tendo em vista a garantia das demais linhas de ação: “1- construindo políticas públicas saudáveis; 2- reforçando a ação comunitária; 3- desenvolvendo habilidades pessoais; 4- reorientação dos serviços de saúde” (BRASIL, 2002). Esta Declaração coloca em relevância o estabelecimento de prioridade aos grupos mais vulneráveis e desprivilegiados

para que sejam superadas as desigualdades existentes entre as pessoas em desvantagem social e educacional. Procura ainda, reforçar a necessidade das políticas públicas em incrementar o acesso a bens e serviços promotores de saúde. Quatro áreas foram identificadas para promover ações imediatas de política pública: “apoio à saúde da mulher”; “alimentação e nutrição”; “tabaco e álcool”; “criando ambientes saudáveis”.

Mas foi na III Conferência Internacional da Saúde, realizada em Sundsvall (Suécia), em 1991, que se focou diretamente a interdependência entre saúde e ambiente e que as dimensões social, econômica, política e cultural tiveram notável presença na discussão, chamando a atenção para a situação de exclusão no mundo:

[...] milhões de pessoas estão vivendo em extrema pobreza e privação, num ambiente cada vez mais degradado, tanto nas zonas rurais como urbanas [...] o rápido crescimento populacional é a maior ameaça ao desenvolvimento sustentável. Além disso, as migrações das áreas rurais para o setor urbano aumentam drasticamente o número de pessoas vivendo em favelas, com os problemas decorrentes – o que inclui falta de água potável, saneamento básico, alimentação adequada, abrigo e acesso inadequado aos cuidados básicos de saúde (BRASIL, 2002, p. 41).

É importante assinalar que esta Conferência chama a atenção para a necessidade da intersetorialidade e gestão descentralizada:

As ações devem envolver, predominantemente, setores como educação, transporte, habitação, desenvolvimento urbano, produção industrial e agricultura; devem ter diferentes dimensões (física, social, espiritual, econômica e política) e precisam ser coordenadas tanto no nível local como nos níveis regional, nacional e mundial, para encontrar soluções verdadeiramente sustentáveis (BRASIL, 2002, p.42).

Focaliza, sobretudo, na educação, as estratégias necessárias para capacitação da comunidade e indivíduos, no sentido de obterem mais controle sobre sua saúde e ampliar sua participação nos processos de tomada de decisão. A Conferência defende a educação como direito humano básico e acredita que as mudanças políticas, sociais e econômicas necessárias para a melhoria da saúde da população somente se tornam possíveis se baseadas no princípio da igualdade. É possível afirmar que esta Conferência apostou na saúde como desenvolvimento humano e o investimento em meio ambiente foi levado a contexto na inter-relação entre qualidade de vida e sustentabilidade social, econômica e política.

Ainda nos anos 90, e mais voltada para os países em desenvolvimento e, especificamente, para a América Latina, as Conferências de Bogotá (1992) e de Jacarta (1997) chamaram a atenção para os determinantes da saúde, relacionando-os ao atraso e a pobreza. Ambas Conferências incluíram em suas propostas a necessidade de alteração do cenário econômico como meio de melhorar as condições de saúde da população (BUSS, 2000).

Bogotá sinalizou a necessidade de ser criada uma “cultura de saúde”, na qual deve se destacar a integração de ações em saúde e a participação da comunidade, reafirmando a prática da democracia e da equidade. Coloca em pauta de discussão os efeitos colaterais da urbanização e da industrialização para a saúde, intermediado a um contexto sócio-político, em que estão em jogo programas de ajuste macroeconômico e uma prolongada crise fiscal (BRASIL, 2002).

Dentre os compromissos estabelecidos em Bogotá destacam-se:

1. Impulsionar a promoção de saúde para modificar fatores condicionantes: políticos, econômicos, sociais, culturais, ambientais, de conduta e biológicos;
2. Convocar forças sociais para aplicar estratégias de promoção da saúde, que tenham a intenção de promover a vida e não degradá-la;
3. Incentivar políticas públicas que garantam a equidade;
4. Fortalecer a participação da comunidade nas tomadas de decisões;
5. Eliminar efeitos discriminatórios: incentivar a participação da mulher, estimular o diálogo entre diferentes culturas, reconhecer o trabalhador de saúde como agente de mudança;
6. Consolidar mecanismos que otimizem os gastos em saúde, de forma a combater gastos improdutivos e desvios por interesses obscuros.

A Conferência de Jacarta, assim como Bogotá, colocou em relevância a pobreza como maior ameaça à saúde, destacando como pré-requisitos da saúde: paz, abrigo, instrução, segurança, alimento, renda, direito de voz as mulheres, uso sustentável dos recursos, justiça social, respeito aos direitos humanos e equidade.

Em Jacarta o tema central foi Promoção de Saúde para o século XXI e se diferenciou das demais ao incluir a participação do setor privado no apoio à promoção da saúde.

Estabeleceu como prioridades: 1) responsabilidade social para com a saúde; 2) aumento dos investimentos para fomentar a saúde, 3) expansão de parcerias em prol da saúde, 4) aumento da capacidade de participação da comunidade e 5) criar infra-estrutura para promoção da saúde.

Em 1998, na Suíça, ocorreu a Rede de Megapaíses, um evento organizado pela OMS, com o objetivo de consolidar uma aliança entre os 11 países mais populosos: Bangladesh, Brasil, China, Índia, Indonésia, Japão, México, Nigéria, Paquistão, Federação Russa e Estados Unidos. A Rede de Megapaíses nasceu, portanto, do reconhecimento da necessidade em provocar um impacto no desenvolvimento da saúde mundial, tendo em vista os principais determinantes, que incluem: impacto das doenças transmissíveis e não transmissíveis sobre os custos da saúde; crescimento populacional e mudanças demográficas; degradação do meio ambiente; globalização e livre comércio; urbanização crescente e isolamento rural; desigualdades na distribuição de renda; discriminação às mulheres; transformação nas características de apoio social e comunitário e de democratização societária; desenvolvimento da comunicação; aumento da violência; crescimento da transferência de trabalhos de riscos para os países em desenvolvimento (BRASIL, 2002).

Todas essas tendências configuram um cenário mundial que exige uma intervenção agressiva, a fim de ampliar a oferta de saúde às populações dos megapaíses. Um pacto pela saúde entre estes países se faz necessário, no sentido de fortalecer a capacidade de promoção da saúde, visando:

1. Melhorar a base de informação sobre promoção à saúde compartilhando políticas e programas exitosos, bem como pesquisas e avaliações;
2. Promover estratégias em quatro âmbitos: estilos de vida saudáveis, curso de vida saudável, preservação do meio ambiente e preservação de assentamentos;
3. Mobilizar recursos visando aumentar a condição da saúde como prioridade nacional;
4. Aumentar a colaboração intersetorial por meio de agências governamentais e não-governamentais, setores públicos e privados, para melhorar a saúde;
5. Direcionar questões comuns aos megapaíses.

Mais recentemente, ocorreu a 6ª. Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em 2005, na cidade de Bangucoque, Tailândia. Esta Conferência veio reafirmar a necessidade de uma aliança global capaz de melhorar a saúde, por meio da participação da comunidade, e a equidade em saúde. A Carta de Bangucoque complementa e desenvolve os valores, princípios e estratégias que compõe a proposta da Carta de Ottawa, estimando as considerações verificadas nas Conferências subsequentes à realizada no Canadá e as mudanças globais nos cenários social, econômico e político.

A Promoção da Saúde, nesta Conferência, está alicerçada no direito humano, reconhecido pelas Nações Unidas, de desfrutar de um estado de saúde o mais elevado possível, sem qualquer tipo de discriminação. Isto se traduz num conceito de inclusão de saúde como determinante da qualidade de vida, somado a um bem estar mental e espiritual.

Destaca-se a importância dada aos grupos menos privilegiados e mais vulneráveis que compõem o cenário mundial: crianças, portadores de deficiência, populações indígenas e excluídos. É acentuada a necessária participação ativa da sociedade civil, que exige: facilitação nas oportunidades de participação; apoio à organização e capacitação para exercer com eficácia a participação democrática e contribuição das associações profissionais na área da saúde.

Bangucoque coloca como metas para a promoção da saúde:

1. Defender a saúde como direito humano;
2. Investir de modo sustentado em políticas, ações e infra-estruturas dirigidas aos determinantes da saúde;
3. Adquirir capacidades no desenvolvimento de políticas, lideranças e práticas de promoção da saúde, de compartilhamento de conhecimento e pesquisa e de educação sanitária;
4. Legislar e criar normas reguladoras, que assegurem proteção à saúde, redução de danos e garantam à população equidade em saúde e bem estar.

Dentre as parcerias que estão no eixo do debate de Bangucoque, encontra-se o setor privado:

O setor privado, assim como outros empregadores e setores informais (não estruturados), têm a responsabilidade de assegurar a saúde e a segurança no local de

trabalho, e de promover a saúde e o bem-estar dos seus empregados, respectivas famílias e comunidades. O setor privado também pode contribuir para atenuar impactos mais amplos sobre a saúde, como os associados às alterações ambientais globais, através do cumprimento dos normativos e acordos, nacionais e internacionais, que visam promover e proteger a saúde. A prática empresarial ética e responsável, e o exercício das regras de um comércio justo, são práticas que devem ser apoiadas pelos consumidores e pela sociedade civil, e incentivadas pelos governos¹⁰.

O conteúdo abordado, até então, sobre as Cartas produzidas nas seis Conferências realizadas sobre Promoção da Saúde, demonstra um rico debate acerca do tema, que constitui importante instrumento de referência tanto para gestores, preocupados em implementar políticas, programas e projetos, que envolvam ações fincadas no compromisso com o direito à saúde, a melhoria da qualidade de vida e o desenvolvimento sustentável, quanto para trabalhadores, pesquisadores e, inclusive, para a sociedade civil, tendo em vista maior capacidade de análise e crítica e participação nos processos decisórios que influenciam diretamente nos determinantes do processo de saúde-doença da população, em especial daquela que é mais atingida pelos efeitos nocivos do capitalismo.

Nesse sentido, para além dos determinantes econômicos e biológicos, as questões sociais, culturais, ambientais e políticas passavam a ter centralidade na discussão ampliada sobre promoção da saúde, pressupondo uma visão integradora das políticas sociais.

É preciso uma compreensão mais ampla acerca da promoção da saúde, pois está associada a um conjunto de valores: equidade, democracia, participação, parceria e cidadania e refere-se a uma combinação de estratégias, dentre as quais se destacam ações do Estado, da comunidade, de indivíduos, do sistema de saúde e de parcerias intersetoriais (BUSS, 2000).

Para a OMS a Promoção da Saúde é um processo que busca possibilitar que indivíduos e comunidades ampliem o controle sobre os determinantes da saúde e obtenham melhoria da sua saúde. Preconiza que as ações de Promoção de Saúde sejam pautadas pela defesa e pelo apoio à qualidade de vida nas esferas política, cultural e econômica e que os profissionais que atuam na promoção da saúde sejam responsáveis em facilitar as mediações nas situações de conflito. Assim, propõe como norma que as estratégias tenham por objetivo a superação da iniquidade na saúde. (CARVALHO, 2007).

¹⁰ Disponível em: <http://saudedacrianca.incubadora.fapesp.br/portal/author/Ipgarcia18>. Acessado em 20/01/2008.

A questão da participação comunitária reafirma a discussão do conceito de *empowerment*, ao sugerir apoio às comunidades, tendo em vista, ampliar e fortalecer a atuação da comunidade junto a processos decisórios, no planejamento e na implantação das ações de saúde tão enfatizados nos documentos resultantes das Conferências, produzidos a partir de 1986, com a Carta de Ottawa.

De acordo, com Carvalho (2007), o termo, *empowerment*, embora traga contribuições para a promoção da saúde, é carente de embasamento teórico, tem sofrido distorções na literatura e por vezes demonstra ambigüidade. O autor propõe certa precaução com o termo, pois a prática do poder apresenta contradições, em que dimensões de controle social convivem com dimensões de regulação social, como se pudesse existir um *empowerment* comunitário e *empowerment* governamental, onde:

poder pode significar opressão e, dialeticamente, a possibilidade da produção, destruição e ao mesmo tempo criação. O exercício e a prática do poder podem resultar na produção de sujeitos reflexivos e, contraditoriamente, sujeitos alienados e colonizados (CARVALHO, 2007, p. 72).

Na Nova Promoção da Saúde o conceito é utilizado na perspectiva do enfoque comunitário, ou seja, de um *empowerment comunitário*. Embora, muito utilizado pela psicologia, esta corrente preconiza a participação dos sujeitos em processos decisórios, enfatizando o papel de *agenciamento humano na mudança* para conquista e garantia dos direitos sociais. As produções que se voltam para esta definição possuem importante influência de Paulo Freire e, neste sentido, propõem a efetivação de um modelo que pode ser igualmente denominado de Educação Popular ou Educação para a Liberdade ou Educação para a Transformação.

O *empowerment* comunitário na perspectiva da Nova Promoção da Saúde pressupõe contribuir para a construção de uma consciência crítica acerca dos determinantes no processo saúde-doença, visto os fatores sociais, econômicos e políticos que conformam a macroestrutura social e afligem a vida cotidiana, traduzida na pobreza, ausência de emprego, trabalhos precarizados, habitação inadequada, falta de infra-estrutura urbana, dificuldade de acesso a bens e serviços público no âmbito da saúde, cultura e do lazer e acesso a transportes públicos de péssima qualidade.

Nesse contexto, segundo Carvalho o *empowerment* é um ato político, que se contrapõe à concepção bancária de educação: “o indivíduo deve ser capaz de analisar criticamente o contexto político e social para, dessa maneira, envolver-se efetivamente em ações que apontem para a mudança do *statu quo*” (CARVALHO, 2007, p.77).

Se por um lado, a Nova Promoção da Saúde incorporou na sua proposta as questões relacionadas aos determinantes da saúde, tendo em vista a natureza da ordem capitalista, cujo debate tem como eixo central a luta de classes, as relações de poder, a participação da sociedade civil, o papel do sujeito social, a equidade social, por outro lado, a outra corrente denominada Promoção da Saúde da População, embora tenha sido eixo norteador da política de saúde canadense a partir de meados da década de 1990, trouxe em seu discurso uma crítica ao modelo biomédico, afirmando que o ambiente social e físico determinam e condicionam a resposta biológica do indivíduo, permanecendo e reiterando um enfoque estrutural funcionalista sobre o significado do social, limitando o mundo social a um conjunto de variáveis (carências materiais, sociais e psíquicas) e políticas. Outras insuficiências dizem respeito à visão limitada do sujeito, da participação comunitária e da inexistência de referências sobre a proposta da corrente da Nova Promoção da Saúde e do conceito de “*empowerment* comunitário” (CARVALHO, 2007).

A Promoção da Saúde abordada sob influência ora da corrente da Nova Promoção da Saúde, ora da corrente da Promoção da Saúde da População, foi largamente incorporada pelo poder canadense e a população obteve resultados significativos em termos da melhoria das condições de vida e saúde e do impacto nos índices de morbimortalidade. Atualmente o contexto canadense, que é o exemplo mais expressivo de influência da promoção da saúde nas políticas públicas, combina os dois modelos: da Nova Promoção da Saúde e da Promoção da Saúde da População, tendo em vista a incorporação das cinco estratégias da Carta de Ottawa (políticas públicas saudáveis, ambientes favoráveis à saúde, ação comunitária, habilidades pessoais e reorientação do sistema de saúde).

No Brasil, sob o rótulo de desenvolvimento local integrado e sustentável, uma série de ações da gestão pública foi organizada a partir da perspectiva da intersectorialidade, onde segundo Buss o conceito:

procura superar a visão isolada e fragmentada na formulação e implementação de políticas e na organização do setor saúde. Significa adotar uma perspectiva global para a análise da *questão saúde*, e não somente do *setor saúde*, incorporando o maior número possível de conhecimentos sobre outras áreas de políticas públicas, como, por exemplo, educação, trabalho e renda, meio ambiente, habitação, transporte, energia, agricultura etc., assim como sobre o contexto social, econômico, político, geográfico e cultural onde atua a política (BUSS, 2000, p. 174).

A estruturação de municípios saudáveis depende de uma forte articulação política, de ações intersetoriais e da participação da comunidade e neste aspecto, de acordo com Peres et al. (2005), avaliações recorrentes sobre experiências de promoção de saúde têm demonstrado a importância de iniciativas educacionais, culturais e de lazer.

Entendemos, assim, que a promoção da saúde abrange outros campos da vida humana que estão relacionados ao estilo de vida e comportamento, e abre espaço para ações intersetoriais e intervenções multiprofissionais, não centradas na doença, mas numa concepção de saúde mais ampla, cuja centralidade está no fortalecimento da cidadania e reafirmação de valores fundamentais para uma postura mais reflexiva e crítica em relação ao contexto social, especialmente, das classes subalternas.

No Brasil, a Saúde Coletiva ao colocar os holofotes no movimento sanitário, privilegiando a defesa do SUS, para Carvalho (2007), tornou incipiente uma discussão mais ampla acerca do ideário de reforma sanitária brasileira, que incorporou ainda de forma bastante tímida, algumas práticas em que estão presentes estratégias como as de “*empowerment*”, “*idades saudáveis*” e “*clínica ampliada*”. Assim, a contribuição de outros ideários sanitários, como da Promoção da Saúde, vem sendo muito pouco valorizada no contexto da reforma sanitária brasileira, ao ser entendida como um “*multifacetado experimento social*”, sendo a consigna do movimento sanitário brasileiro a (re)afirmação da “*saúde como direito de todos e dever do Estado*”.

Nesse sentido, conclui Carvalho:

Afirmo, portanto, que a Saúde Coletiva deva ser, no Brasil, um elemento central para a constituição de uma teoria sobre a produção de saúde e sobre o processo saúde/enfermidade/intervenção. Para isso faz-se necessário que este modelo teórico conceitual realize uma interlocução produtiva com distintos saberes e práticas, entre os quais cabe destacar a Clínica, a Biologia e a Psicologia [...] O estudo em questão permite fazer ilações que entendo úteis para a superação dialética da práxis sanitária em nosso país (CARVALHO, 2007, p.156).

2.2.1. A PROMOÇÃO DA SAÚDE NO PLANO NACIONAL DE SAÚDE

A reforma sanitária brasileira parece não ter se esgotado em 1988, considerando as conquistas constitucionais no setor saúde, no que diz respeito aos direitos de acesso universal e de qualidade dos serviços prestados, de participação democrática na gestão e de fornecimento de medicamentos. Isto porque, ainda, não se constituiu no Brasil um Sistema Único de Saúde em conformidade com as legislações do setor, desde a promulgação da nossa Carta Magna.

Nesse sentido, nos propomos, nesta seção, refletir acerca da inserção do conceito de promoção da saúde, tendo em vista, o âmbito da reforma sanitária brasileira, no atual cenário da política nacional de saúde, considerando a primeira formulação do Plano Nacional de Saúde: um pacto pela saúde no Brasil (2004-2007) e do Programa Mais Saúde: direito de todos (2008-2011), os quais fornecem as principais diretrizes para a implantação da política local, nos estados e municípios.

A Lei Nº 8.080 de 1990 estabelece como atribuição do governo federal, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios a elaboração e atualização periódica do plano de saúde, que deve apresentar a proposta orçamentária do SUS. Em relação à transferência de recursos aos municípios, estados e Distrito Federal, segundo a Lei Nº 8.142 de 1990 deve ter por base o Plano de Saúde, assim como, também a transferência de recursos Fundo-a-Fundo tratada no Decreto Nº 1.232 de 1994.

Parece contraditório, mas somente em 2001 foram aprovadas, por meio da Portaria 548/2001, as “Orientações Federais para a Elaboração e Aplicação da Agenda de Saúde, do Plano de Saúde, dos quadros de Metas e do Relatório de Gestão como Instrumentos de Gestão do SUS”.

Com isso percebe-se que existiu um hiato de 14 anos para ser lançado o Plano Nacional de Saúde (PNS), período este em que foi colocado em espera o direito da sociedade em acompanhar a execução das ações, sua eficácia e efetividade, tendo em vista que o PNS

representa um instrumento de direcionamento para efetivação do SUS, em termos de universalidade do acesso, aprimoramento do controle social e transparência nos mecanismos de gestão e financiamento.

O PNS, *Um pacto de saúde no Brasil*, aparece no cenário político atrelado às orientações estratégicas do Plano Plurianual (PPA) do governo federal, as quais se referem à inclusão social, ao crescimento ambiental sustentável, à redução da vulnerabilidade social e ao fortalecimento da democracia e da cidadania.

A base da proposta deste PNS partiu das deliberações da 12ª Conferência Nacional de Saúde, do Projeto Saúde 2004¹¹, além do PPA, como já referido, sendo discutida no âmbito dos órgãos e entidades do Ministério da Saúde e aprovada na reunião plenária do Conselho Nacional de Saúde em 04 de agosto de 2004.

Assim o PNS (2004-2007) estruturou-se em quatro partes (BRASIL/MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005, p. 13):

1. Princípios que orientam o PNS;
2. Síntese da análise situacional da saúde no Brasil;
3. Objetivos e diretrizes, com as respectivas metas para o período 2004-2007;
4. Gestão, monitoramento e avaliação do PNS.

Em relação aos objetivos, diretrizes e metas o plano contempla cinco áreas de atuação:

1ª. Atenção à saúde

Nesta área, a atenção básica foi considerada como espaço prioritário de organização do SUS, que devesse contemplar estratégias de atendimento integral, a exemplo do Programa Saúde da Família. E dentre as diretrizes estabelecidas encontram-se: qualificação e humanização na atenção à saúde, expansão e efetivação da atenção básica de saúde, reorganização da atenção hospitalar, ambulatorial, de urgências e emergências e da atenção de

¹¹ Desenvolvido pela subsecretaria de Planejamento e Orçamento/SE/MS, Secretaria de Gestão Participativa/MS, Escola Nacional de Saúde Pública/Focruz e Organização Pan-Americana de Saúde, que consistiu no levantamento e análise de problemas relacionados ao acesso às ações e serviços de saúde com diferentes atores sociais (BRASIL/MINISTERIO DA SAÚDE, 2005)

alta complexidade, implementação do Sistema Nacional de Transplantes, efetivação da política nacional de assistência farmacêutica, implantação de farmácias populares, implementação da suficiência nacional em imunobiológicos, hemoderivados, fármacos e insumos estratégicos e ampliação das ações de regulação de mercado farmacêutico.

Dentre as propostas neste eixo estão: ampliar unidades, reformar e equipar serviços, qualificar material e funcionalmente os serviços, capacitar trabalhadores, implantar equipes especializadas em atenção domiciliar, habilitar leitos, reduzir lista de espera para transplantes, aumentar o número de doações e transplantes.

2ª Condições de Saúde

O Sistema Nacional de vigilância em Saúde foi foco de atenção, tendo em vista o fortalecimento da sua gestão no que se refere às áreas: epidemiológica, sanitária e ambiental. Dentre os objetivos destacou-se a redução da morbimortalidade decorrente de doenças e agravos prevalentes, mediante ações preventivas e curativas, considerando as diversidades locais e regionais, em particular a Amazônia, bem como segmentos populacionais mais expostos. Nesta área de atuação surgem ações de: a) ampliação de setores, como saúde mental e saúde bucal; b) de incentivo à alimentação saudável e combate nutricional; c) de redução da morbimortalidade por acidentes e violências; d) medidas de prevenção e promoção estritamente vinculadas a grupos populacionais, tais como: idosos, criança e adolescente, população prisional, do campo, indígena e negra, trabalhador, pessoa com deficiência.

3º Gestão em Saúde

O objetivo central desta área foi de consolidar a descentralização do SUS, sendo foco de atenção: qualificar e humanizar a gestão do SUS; aperfeiçoar a gestão descentralizada e regionalização do SUS; revisão da lógica de alocação de recursos na direção do estabelecimento de compromissos e metas de saúde e de gestão; aprimorar as instâncias e processos de participação social no SUS; estabelecer e implantar o Código de Defesa dos Usuários do SUS; consolidar o processo de reforma sanitária no País; implementar uma política de educação permanente para o SUS; garantir a participação dos trabalhadores do SUS; estabelecer uma política nacional de informação em saúde e de comunicação social e fortalecer a atuação internacional do SUS.

4º Setor Saúde

Esta área de atuação tem por objetivo: fomentar ações de saneamento ambiental; implementar a política nacional de ciência, tecnologia e inovação em saúde; garantir vigilância sanitária de produtos, serviços e ambientes e promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde.

5ª Investimento em Saúde

Objetiva-se a implantação de um Plano Nacional de Investimento em Saúde, articulando a política social à política industrial e tecnológica para promover a autonomia do País na produção dos insumos estratégicos.

Analisando o Plano Nacional de Saúde: um pacto pela saúde no Brasil, conforme os princípios orientadores propostos, percebe-se que sua elaboração parte de questões mais amplas, que estão postas no Plano Plurianual, tais como inclusão social, fortalecimento da democracia e da cidadania, mas que ora contempladas nos eixos orientadores do PNS se revestem de uma especificidade própria das demandas colocadas às políticas de saúde, quer sejam: redução das desigualdades em saúde, ampliação do acesso com a qualificação e humanização da atenção, redução dos riscos e agravos, reforma do modelo de atenção e aprimoramento dos mecanismos de gestão, financiamento e controle social, sem haver uma proposta mais clara de articulação intersetorial.

Cabe ressaltar que se entendemos a importância da incorporação da promoção da saúde na política pública, esta preocupação não se evidencia no PNS, uma vez que, o tema da promoção, embora esteja contemplado na 2ª área de atuação, sobre condições de saúde, aparece associado às necessidades específicas de determinados segmentos sociais, negando o aspecto universal do direito à saúde.

Nesse sentido questionamos: ao focalizar as intervenções de promoção da saúde, em grupos específicos, como é possível produzir impactos mais extensos e duradouros nas condições de vida e saúde da população? Se por um lado a PNS busca focalizar a política de saúde, em termos de ações de promoção da saúde, pois isto representa uma necessidade em países de grandes e contrastantes desigualdades sociais, como o Brasil, tendo em vista a dificuldade de acesso, a vulnerabilidade, a exposição a riscos de determinados grupos sociais, de que forma será superada a iniquidade na saúde, estando a promoção da Saúde alicerçada

nos direitos humanos de desfrutar de um estado de saúde o mais elevado possível, sem qualquer tipo de discriminação? Como alcançar a promoção da saúde por meio de uma política de saúde em que se encontra ausente uma proposta intersetorial, que possa garantir a compreensão do processo saúde-doença numa perspectiva social, econômica e política, para além das explicações biomédicas? Em que perspectiva a saúde aparece como desenvolvimento humano e que investimento é levado a contexto na inter-relação entre qualidade de vida e sustentabilidade social, econômica e política?

Essas são questões que nos parecem estar contempladas pelo Programa Mais Saúde: direito de todos (2008-2011), que avança para um diálogo mais efetivo entre as propostas da Nova Promoção da Saúde e a política de saúde brasileira. Embora registrando um atraso de quase quatro décadas, esta é a primeira vez, no âmbito do governo federal, que a política de saúde, se posiciona claramente frente a uma proposta de promoção da saúde, ao considerar a introdução deste modelo nos anos 70 em países desenvolvidos.

O Programa Mais Saúde reúne uma série de iniciativas, que procura consolidar uma percepção que vincula a saúde ao desenvolvimento econômico e social brasileiro. Por isso insere-se na estratégia nacional de desenvolvimento formulada pelo Governo Lula, representada pelo Programa de Aceleração do Crescimento (PAC). Para tanto a meta orçamentária para a saúde é de expandir as ações, destinando mais R\$24,3 bilhões, além dos R\$65,1 bilhões já garantidos pelo Plano Plurianual.

Esta proposta tem como base o reconhecimento das lacunas existentes no sistema, para que a saúde se constitua num dos pilares de desenvolvimento nacional. Nesse sentido, cabe ressaltar (BRASIL/MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008):

- A. A reduzida articulação da saúde com as demais políticas públicas, caracterizando um isolamento das ações;
- B. A presença de uma significativa iniquidade de acesso ;
- C. A desigualdade na distribuição territorial de bens e serviços;
- D. O descompasso entre a evolução da assistência e a base produtiva e de inovação em saúde;
- E. A fragmentação do movimento de descentralização e de municipalização das ações de saúde;

- F. O predomínio de um modelo burocratizado de gestão, caracterizado tanto nas relações entre a União, Estados e Municípios, quanto na gestão das unidades de saúde;
- G. O subfinanciamento do SUS, evidenciado tanto pelo gasto per capita, quanto pelo valor de consultas, procedimentos e cirurgias;
- H. A precarização do trabalho e baixo investimento na qualificação de recursos-humanos.

A partir deste contexto, as diretrizes que norteiam os eixos estratégicos do Programa são (BRASIL/MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008):

- Consolidar um sistema de saúde universal, equânime e integral, tendo em vista um conjunto de ações que permitam associar o desenvolvimento econômico e social, envolvendo tanto investimento em capital físico, quanto humano;
- Consolidar as ações de promoção de saúde e intersetorialidade, como centro de estratégia, baseado num modelo de qualidade de vida;
- Priorizar os objetivos e metas do Pacto pela Saúde na dimensão do Pacto pela Vida, intervindo em grupos e demandas específicas, tais como: saúde mental, do idoso, do trabalhador e da pessoa com deficiência; controle do câncer do colo de útero e de mama; redução da mortalidade infantil e materna; fortalecimento de respostas para emergências de saúde pública; além de investimentos nas áreas da promoção da saúde e da atenção básica, que se darão em eixos específicos do Programa.

Tais diretrizes conformam sete eixos de intervenção, que convergem para a consolidação de um sistema de saúde universal, voltado para a qualidade de vida de seus cidadãos (BRASIL/MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008):

1. Promoção da Saúde;
2. Atenção à Saúde;
3. Complexo Industrial da Saúde;
4. Força de Trabalho em Saúde;
5. Qualificação da Gestão;
6. Participação e Controle Social;

7. Cooperação Internacional.

Pode-se verificar que a promoção da saúde é introduzida no Programa como um eixo específico da política de saúde e isto é justificado a partir do art. 196 da Constituição de 1988, que define “a saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas”. É a partir, portanto, da percepção que a saúde deve resultar da convergência de um amplo leque de políticas, que o atual Programa propõe como diretriz deste eixo: “mobilizar a sociedade e o estado em torno de um grande esforço articulado e intersetorial para uma ação convergente nos determinantes sociais da saúde e para a conscientização das pessoas para as práticas e os comportamentos saudáveis” (BRASIL/MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008, p. 13)

As ações de promoção da saúde estão baseadas nos condicionantes de qualidade de vida, que se manifestam concretamente nas localidades e nos ambientes em que vivem as pessoas, portanto, estão focadas nos municípios, nas escolas e nos ambientes de trabalho. Assim o Programa propõe a disseminação de práticas e comportamentos promotores de saúde que permitam consolidar uma visão de que a saúde é resultado de um amplo processo social, no qual a assistência médica é apenas um dos seus componentes, por meio de 11 medidas (BRASIL/MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008):

1. Propor à Câmara de Políticas sociais a articulação dos programas governamentais que possuem impacto na saúde e na qualidade de vida da população;
2. Implementar em 1.000 municípios ações de promoção e monitoramento para gestantes e população de 0 a 5 anos;
3. Expandir ações de planejamento familiar;
4. Estimular o aleitamento materno;
5. Implementar o Programa de Saúde nas Escolas, em articulação com o Ministério da Educação;
6. Estabelecer programas de educação e comunicação para a promoção de hábitos, que reduzam o risco de doenças;
7. Promover a revisão de medidas legais capazes de reduzir o impacto dos riscos à saúde, originadas pelo consumo de produtos nocivos à saúde;
8. Fortalecer e ampliar a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador;

9. Implementar estratégias de ambientes de trabalho saudáveis, em conjunto com o Ministério do Trabalho;
10. Fortalecer e ampliar ações de promoção para a Atenção Integral à Saúde do Idoso;
11. Promover ações de enfrentamento das iniquidades e desigualdades em saúde para grupos sociais específicos (negros, quilombolas, GLBTT, ciganos, profissionais do sexo, população em situação de rua etc.).

Cabe ressaltar que tais medidas abrangem desde as demandas mais gerais da promoção da saúde, quer sejam as articulações entre as políticas sociais e a revisão de medidas legais capazes de reduzir riscos à saúde, até intervenções específicas que requeiram a promoção da saúde nas áreas mais críticas da saúde e junto a segmentos populacionais, que estão expostos a situações de discriminação e exclusão social. Torna-se importante, nesse sentido, apontar para uma visão de totalidade, que busca este programa na formulação do eixo da promoção da saúde.

Em relação à distribuição orçamentária às ações de promoção da saúde vinculam às medidas uma prioridade de recursos financeiros para a implantação de Programas de Saúde nas Escolas (R\$844 milhões), seguida para a expansão das ações de planejamento familiar (R\$745 milhões) e implantação de ações junto a gestantes e população de zero a cinco anos (R\$199 milhões). Ocupa o sexto lugar na distribuição orçamentária, a implantação dos programas voltados à educação de hábitos que reduzam riscos à saúde da população (R\$101 milhões) e o menor financiamento está na estimulação ao aleitamento materno (R\$3 milhões), sendo inexistente a previsão de recursos para as propostas de articulação dos programas governamentais e de revisão de medidas legais capazes de reduzir o impacto dos riscos a saúde. Nesse contexto, é importante ressaltar que está prevista uma expansão dos recursos financeiros no programa para este eixo em torno de R\$531 milhões até 2011, sendo as medidas prioritárias para expansão, os Programas de Saúde nas Escolas, Ações de Planejamento Familiar, de Atenção ao Idoso e de Programas de educação para a promoção de hábitos saudáveis.

Com o cuidado de não se chegar a conclusões precipitadas em relação às prioridades mencionadas na distribuição orçamentária, cabe ponderar que a necessidade de recursos envolve uma série de elementos de aspectos físicos, materiais e humanos para a efetivação das medidas propostas, como por exemplo: procedimentos de vasectomias e laqueaduras, compra

de métodos contraceptivos, qualificação de recursos humanos, produção de cartilhas, incentivos financeiros, compra de próteses auditivas e óculos, provisão de consultas médicas, elaboração e distribuição de material informativo e educativo, ampliação física e implantação de serviços, entre outras, que devem levar em consideração a abrangência populacional que a medida deve atingir, além de outros parâmetros norteados por indicadores de morbimortalidade.

Percebe-se que o *Programa Mais Saúde: direito de todos* traz avanços significativos para a consolidação do Sistema Único de Saúde, ao propor:

- Maior transparência na distribuição do orçamento, por eixos de intervenção, medidas e metas físicas e financeiras;
- Enfrentamento das iniquidades, tendo em vista a ênfase na universalidade da atenção, sem perder de vista os segmentos mais excluídos;
- Ênfase a necessidade e importância de uma política intersetorial, tendo em vista que as condições de vida estão relacionadas ao desenvolvimento cultural, econômico, social e político da nação;
- Desvinculação de ações de promoção da saúde de intervenções na área da atenção a saúde;
- Ampliação e fortalecimento de ações da promoção da saúde, inserindo a política nacional de saúde no contexto internacional da abordagem da saúde, como direito do cidadão e dever do Estado;
- Fortalecimento e visibilidade da participação social, que ganha status próprio, na medida em que, aparece desvinculada da gestão do SUS, que é de responsabilidade do poder público;
- Impacto na geração de emprego no setor saúde.

Os apontamentos e reflexões até aqui tecidos procuraram dar conta especificamente de como a abordagem da promoção da saúde tem sido inserida na atual política de saúde a fim de que possamos dar continuidade às nossas argumentações, em que a saúde deve ser compreendida numa visão mais ampliada, sendo os determinantes sociais, culturais, políticos e econômicos incorporados a constituição conceitual do processo saúde-doença. É nesta

perspectiva que partimos para o próximo capítulo, no qual abordaremos como o lazer pode contribuir como estratégia de promoção da saúde.

3. DISCUSSÃO CONCEITUAL DO LAZER: UMA PERSPECTIVA HISTÓRICA DATADA PELO DESENVOLVIMENTO URBANO-INDUSTRIAL

O lazer não é a ociosidade, não suprime o trabalho; o pressupõe. (Joffre Dumazedier)

Considerando a importância do lazer, como uma das estratégias de promoção da saúde, pretende-se neste capítulo discutir inicialmente o conceito do lazer, procurando compreendê-lo em seus aspectos possibilitadores de desenvolvimento social e cultural, ou seja, em sua dimensão educativa.

É importante ressaltar que o tema do lazer toma importância entre os pensadores do século XIX, com o advento da chamada “sociedade industrial”. Portanto, as reflexões sobre o lazer têm como pano de fundo as condições de vida e trabalho na ordem capitalista. Com isso, demonstraremos como o conceito vem sendo tratado, uma vez que são geradas uma série de interpretações equivocadas, em que o lazer aparece em oposição ao trabalho ou outras atividades, as quais são entendidas como obrigatórias, tais como: os estudos, a produção intelectual, os deveres da casa, os cuidados com os filhos, entre outras.

Ao conceber o lazer dissociado de outras atividades que envolvem o ser humano, entende-se que esta linha de pensamento fragmenta o homem, sem possibilitar uma visão integral deste enquanto sujeito social, tomando o lazer, seja como uma forma de resistência para o dia-a-dia, seja como um mero momento de recreação, desocupação, descanso e de restabelecimento de energias ou como ideal de felicidade e sentido da vida, um fim último, como salienta Marcellino (2006).

Portanto, se por um lado, as condições do trabalho numa sociedade urbano-industrial motivam vários estudiosos à discussão do lazer em oposição às horas trabalhadas, tendo em vista os direitos dos trabalhadores e os efeitos negativos da produção capitalista, por outro lado, busca-se neste estudo compreender o lazer em sua relação com o tempo das obrigações, ou seja, na sua estreita ligação com todas as áreas de atuação do ser humano, partindo-se do pressuposto que no lazer estão postas oportunidades privilegiadas de reflexão sobre a realidade, visto sob a ótica da totalidade, na qual o sujeito está inserido.

Entende-se, assim, que as atividades de lazer possuem um caráter educativo, isto é, que elas trazem em seu bojo, possibilidades ou um potencial para o desenvolvimento social e cultural de uma determinada população. Isto posto, faz-se necessário entender a interface que o lazer estabelece com a cultura e, nesse sentido, pretende-se, ainda neste capítulo, abordar o entendimento do conceito de cultura e as suas possibilidades de conexão com o lazer.

Num segundo momento se discute, neste capítulo, como o lazer vem sendo incorporado às políticas sociais, tomando como referência o direito ao lazer, face ao texto constitucional de 1988. As condições socioeconômicas, da maioria dos brasileiros, parecem ter sido, por longa data, o principal determinante que desconsiderou a importância do lazer entre as políticas sociais, como se pudesse haver uma hierarquização de direitos ou a necessidade de priorizar certas necessidades em detrimento de outras não consideradas básicas, freqüentemente entendidas como necessidades de sobrevivência. Procura-se, então, demonstrar como a questão vem sendo tratada no âmbito da política cultural brasileira, que passa historicamente da afirmação de uma identidade cultural nacional para uma lógica mercantilista, no pós-64, em que a sociedade urbano-industrial ganha forças, tendo em vista a ampliação do processo de globalização, podendo ser verificada na intensificação de uma indústria cultural, em que os padrões de consumo tendem a ser ideologicamente hegemônicos.

A preocupação desta seção centra-se, pois, na função do Estado em provocar a democratização da cultura, contribuindo para o desenvolvimento social e cultural da população, de forma que o lazer possa ser desvinculado dos valores hegemônicos da indústria cultural, que preenchem o tempo livre dos sujeitos com o estímulo ao consumo de atividades alienantes.

3.1. PERSPECTIVAS DO LAZER NA SOCIEDADE PRÉ E PÓS-INDUSTRIAL

Pensar o lazer nos remete a épocas anteriores à revolução industrial e à implantação do capitalismo no mundo, onde a sociedade urbana era muito menos expressiva do que a sociedade rural. No meio rural as tradições, manifestações culturais e atividades de lazer se imbricavam entre si e com o trabalho, como ocorria nas festas que comemoravam as boas

colheitas e o término do trabalho intenso que as atividades agrícolas requeriam em determinadas épocas do ano. O mesmo ocorria na época do plantio das diversas culturas.

Nas sociedades pré-industriais não havia um corte visível entre trabalho e tempo livre. Historicamente as atividades religiosas e as manifestações culturais de cada povo inscrevem-se junto ao trabalho num ritmo diário, em que cantos, jogos e festas permeiam a luta pela vida.

Na Europa do século XIII, pela necessidade do culto, os camponeses e artesãos, que compunham 95% dos trabalhadores, contavam com 84 feriados¹² no ano, acrescidos de mais 80 dias sem trabalho por causa de doenças, baixa temperatura ou falta de trabalho (DUMAZEDIER, 1999).

A ociosidade aristocrática era associada pelos filósofos gregos ao refinamento da cultura. Assim, ociosidade e desenvolvimento do homem integravam o ideal da vida aristocrática aos mais altos valores da civilização.

Portanto, a discussão conceitual do lazer é marcada historicamente no tempo, ou seja, se insere no contexto do século XX, em que se desenvolve a sociedade urbano-industrial, sendo um período de expressivo êxodo rural motivado pela busca de empregos nas cidades onde as fábricas se multiplicavam gradativamente. Nesse sentido, é que se afirma que o processo de aceleração urbana faz o tema do lazer ganhar ressonância social (MARCELLINO, 2006).

No Brasil o lazer tornou-se objeto de estudo somente no final dos anos 60, quando foi realizado o primeiro encontro para o estudo do lazer, em 1969 em São Paulo, e as investigações e produções nacionais tiveram maior expressão nas décadas posteriores de 80 e 90, sendo maior o número de teses relacionadas à educação e à produção cultural (MARCELLINO, 2006).

Entretanto ao se revisitar a literatura sobre o lazer, constata-se que a Europa já apresentava essa problemática desde 1890, e isto se dava pelo próprio contexto de

¹² Os feriados dessa época distinguem-se daqueles criados pela imposição da Igreja contra o desejo de um povo, freqüentemente para favorecer a prática religiosa.

desenvolvimento capitalista, quando a preocupação em torno do lazer centra-se na classe operária. O militante socialista Francês Paul Lafargue publicou em 1880 o clássico “Direito à Preguiça”, cujas reflexões são bastante atuais. Em seu estudo, coloca em discussão o amor ao trabalho, que dominou as classes operárias e que traz como consequência misérias individuais e sociais. A partir de filósofos da Antiguidade, aponta a necessidade de lograr pela preguiça, perfazendo uma crítica severa ao trabalho: “trabalhem, trabalhem, proletários, para fazer crescer a riqueza social e as suas misérias individuais, trabalhem, trabalhem para que, tornando-se mais pobres, tenham mais motivo para trabalhar e para ser miseráveis. Tal é a lei inexorável da produção capitalista” (LAFARGUE, 2003, p.35). Nesse sentido, Olgária Matos no prefácio da obra de Lafargue assinala: “a sociedade baseada no trabalho e no consumo é contraditória e deve criar formas de condicionamento da consciência do trabalhador-consumidor” (LAFARGUE, 2003, p.11).

Segundo Dumazedier (1999), Marx já apontava que a *apropriação coletiva da máquina* possibilitaria a conquista de um tempo livre, necessário para o desenvolvimento humano e a humanização do trabalho. Comte e Proudhon embora tenham mantido divergências em relação ao pensamento de Marx, também atribuíam a conquista do lazer pela emancipação social e apropriação da cultura intelectual e dos avanços tecnológicos.

Assim, a problemática do lazer associava-se às condições de trabalho da classe operária e isto vai se refletir, tanto nas produções literárias, quanto em debates políticos e em posturas reivindicativas dos próprios trabalhadores. Segundo Dumazedier (2008), em 1883, na Europa, um militante socialista distribuía panfletos no qual questionava o trabalho a favor do lazer, abrindo uma discussão que perdura até os dias atuais sobre se o trabalho é um meio ou um fim.

Nesta mesma linha, em 1920, ocorreu o primeiro congresso internacional: o Bureau Internacional do Trabalho de Genebra, que abordou como tema o *Tempo Livre dos Trabalhadores*. Trezentos membros de dezoito nações colocaram como de fundamental importância a necessidade da organização do lazer em detrimento da diminuição do tempo de trabalho.

Percebe-se que a revolução industrial constitui-se num marco importante para a discussão do lazer. Segundo Decca (2002) o lazer passava a ser conhecido como uma

conseqüência do tempo livre, entendido pela imposição da racionalização do tempo, especificamente, criada pelo mundo moderno. Assim, vários estudos apontam o lazer como produto do próprio desenvolvimento urbano-industrial.

No pós-guerra há um florescimento na discussão do lazer determinado sociologicamente pelos problemas de uma sociedade de massa marcada pelo consumo. A obra “*The Lonely Crowd*”¹³ de David Riesman, em 1948 exerceu uma influência mundial, defendendo a idéia de que a humanidade não conheceu senão duas revoluções: a primeira data do Renascimento, quando o homem passa a ser *introdireto*, ou seja, dirigido por valores e normas da família restrita e não mais pela tradição. E a segunda revolução, por volta do século XX, quando o homem passa a ser *heterodireto*, por valores veiculados pelos meios de comunicação, numa época em que o consumo, o lazer e a cultura de massa se propagam.

Como ocorre em outras áreas do conhecimento, é possível encontrar uma influencia marcante dos valores do trabalho sobre o lazer, sendo no senso comum muito observados os juízos de valor que provocam atitudes negativas em relação ao lazer, alimentados por uma “moral do trabalho” (MARCELLINO, 2006).

Nesse sentido, segundo Bruhns, o trabalho passa a ter um determinado valor com função para resolver outras questões da vida humana: “*O trabalho tornou-se um bem para todos os males, um remédio para a dor, para a solidão, para a morte de um ser querido, para um desengano amoroso ou sobre dívidas de porque viver* (BRUHNS, 2002, p. 25). Os juízos de valor atribuídos ao trabalho também estão nos preconceitos que afirmam, segundo a mesma autora, que a ociosidade é motivo para a desorientação, pânico, inclinação para o suicídio, crime e rebelião.

Assim, o lazer nasce do tempo do relógio do mundo industrial que determina o tempo livre, portanto, não possui uma independência:

O tempo livre, sem um fim em si mesmo senão em sua relação com o trabalho, não possui uma existência separada. Se aumenta, proporciona ao trabalhador uma certa

¹³ Esta obra foi traduzida no Brasil em 1971, intitulada: “A Multidão Solitária”, São Paulo, Perspectiva, 1971, Debates.

insegurança; desestrutura-se com demasiado tempo, temendo sua conversão numa falta de finalidade em sua vida (BRUHNS, 2002, p. 27)

A mesma autora, tomando por referência as idéias desenvolvidas por Sebastian de Grazia, em sua obra intitulada *Tiempo, trabajo y ocio*, refere que o lazer, como um repouso imposto pela racionalidade do tempo, é uma criação específica do mundo moderno e que ao se confundir a idéia de lazer com a idéia de tempo livre, o lazer se opõe ao trabalho e é colocado numa posição não-produtiva. Segundo de Grazia, o lazer e o tempo livre não devem ocupar um mesmo espaço, pois o tempo livre refere-se a uma classe de tempo e o lazer a uma forma de ser. Assim, o tempo livre pode ser livre para muitos, enquanto que o lazer é para poucos; todos podem ter tempo livre, mas nem todos podem ter lazer.

Outra idéia equivocada sobre o lazer é aquela que o confunde com o consumo. O espírito comercial do mundo capitalista procura com freqüência associar lazer ao desfrute de mercadorias e serviços e isto está posto em todos os veículos de comunicação, seja por meio da televisão, do rádio, do jornal, dos outdoors, e outras mídias. Inclusive até o mercado imobiliário tem utilizado o lazer nos empreendimentos para atrair suas vendas. O apelo ao lazer, que o vincula à necessidade de consumo na atualidade, está presente em amplos setores procurando moldar comportamentos e aspirações.

Contudo importa compreender a prática do lazer em vista à satisfação ou o interesse dos sujeitos, não importando tanto se o lazer aparece associado ao tempo livre ou ao ato de consumir.

Para Marcellino (2006), tempo e atitude são duas categorias que devem ser consideradas, no sentido de precisar o conceito de lazer. A atitude é caracterizada segundo a relação estabelecida entre o sujeito e a experiência vivida, tendo em vista a satisfação alcançada, enquanto que o tempo encontra-se não em oposição ao trabalho, mas em relação ao tempo das obrigações (trabalho, estudos, cuidar dos filhos, da casa etc.), uma vez que as atividades de lazer são influenciadas e influenciam outras áreas de atuação da vida humana, numa relação dinâmica: “a admissão da importância do lazer na vida moderna significa considerá-lo um tempo privilegiado para a vivência de valores que contribuam para mudanças de ordem moral e cultural”. (MARCELLINO, 2006, p.15) Neste sentido, existe a

possibilidade de desenvolvimento social e cultural por meio do lazer, revelando que o conteúdo das atividades pode conter um caráter altamente educativo.

A opção é a principal característica na escolha das atividades de lazer, representando, portanto, seu aspecto subjetivo. Não há como negar que as escolhas podem vir acompanhadas de práticas de modismos, em que se valoriza o produto e não o processo de vivência do lazer. Isto quer dizer que as escolhas por mais individuais e pessoais que sejam não estão livres de valores, coações e normas de conduta social.

A este respeito, é importante salientar como as pessoas lidam com suas experiências de lazer, para as quais Dumazedier (2008) elencou cinco principais áreas. Inicialmente, vamos expressar estas áreas, em que se manifestam as atividades de lazer, para em seguida discutir a postura frente à prática do lazer, que está relacionada a dois aspectos: atividade e passividade.

As cinco áreas de atividades de lazer se relacionam ao campo de domínio dos interesses, uma vez, como já referido, representado pela escolha; pela opção. Geralmente a opção está ligada ao conhecimento das alternativas que o lazer oferece, portanto é manifestado pela distinção de interesses, o que não impede de haver sobreposição de interesses, em que um mesmo conteúdo de atividade é capaz de suscitar interesses diferentes, por isso seu caráter pluridimensional (DUMAZEDIER, 2008). A classificação abrange os interesses: artísticos, intelectuais, físicos, práticos e sociais.

Os interesses artísticos envolvem tanto a produção quanto o encantamento. Abrange todas as manifestações artísticas e seu conteúdo é estético. O que se busca nos interesses intelectuais é o conhecimento, que se dá por meio da informação e explicação racional. Aqui pode-se envolver desde a leitura até a participação em um curso. Logo, os interesses físicos se relacionam a prática ou contemplação esportiva, assim como passeios, a pesca, a ginástica, o futebol, em que prevalecem o movimento. A capacidade de manipulação é delimitada pelos interesses práticos ou manuais, que se efetivam na prática do artesanato, da bricolagem (pequenos trabalhos manuais), cuidados de jardinagem e de animais. Já os interesses sociais fazem parte do convívio social que ocorre em diferentes espaços, nas festas, nos bares, nos cafés, nos clubes ou mesmo nas casas das pessoas, que recebem ou fazem visitas.

Embora Dumazedier classifique os passeios e as viagens entre os interesses físicos e também entre os interesses intelectuais, afirmando que “as férias e as viagens podem ser consideradas como funções de espetáculo: desenrolar das paisagens de diversas regiões, visitas a museus, a monumentos” (DUMAZEDIER 2008, p. 125), Marcellino criou uma nova categoria que contemplasse estas atividades, nomeando-a de *Turismo*, que caracterizou como: “a quebra de rotina temporal e espacial, pela busca de novas paisagens, de novas pessoas, e costumes, é a aspiração mais presente nos interesses turísticos. Os passeios e viagens constituem exemplos.” (MARCELLINO, 2006, p. 18).

Dumazedier (2008) relaciona a escolha dos interesses ao desenvolvimento cultural, face aos próprios valores inclusos no lazer, que podem traduzir-se por operações diferentes: produtiva, por meio da realização, invenção, descoberta e expressão e não produtiva, tendo em vista a contemplação, a observação e a assistência. Ainda neste sentido, um dos problemas mais gerais do desenvolvimento cultural e que está posto em todas as categorias de interesse é o de saber se recebe uma atitude passiva ou ativa, ou da qualidade em geral dos conteúdos culturais do lazer.

Então retornamos à questão da postura do sujeito sobre suas experiências de lazer, uma vez que não se pode confundir uma atividade de lazer produtiva com uma postura ativa e uma atividade não produtiva com uma postura passiva. A postura está relacionada com a atitude do sujeito em relação à área de interesse. Portanto, tanto a prática, quanto o consumo podem ser ativos ou passivos, assim como a simples prática não significa participação, nem todo consumo corresponde necessariamente à passividade, e neste aspecto segundo Marcellino: “a distinção entre a prática e o consumo é acompanhada, via de regra, por juízos de valor” (MARCELLINO, 2006, p. 20).

Os níveis de participação dos sujeitos no exercício dos seus interesses de lazer podem ser classificados em elementar, caracterizado pelo conformismo; médio, em que se destaca a criticidade; e superior ou inventivo, caracterizado pela criatividade:

Um espectador ativo teria como características a seletividade, a sensibilidade, a compreensão, a apreciação e a explicação. Assim, é preciso reunir todas as suas possibilidades racionais e de sensibilidade para interpretar e recriar o objeto de “consumo” (MARCELLINO, 2006, p.21).

É importante ressaltar, todavia, o papel dos meios de comunicação de massa que não têm contribuído para um desenvolvimento cultural, tendo em vista a baixa qualidade e o repertório das suas programações, que quase sempre vêm vinculadas ao estímulo do consumo e a prática de um lazer, que incentiva uma postura entre os telespectadores que poderíamos classificar de elementar. E neste aspecto, as camadas mais empobrecidas da população é que sofrem as conseqüências, tendo em vista as barreiras socioeconômicas que impedem o acesso a determinados lazeres e o baixo nível educacional, o que acaba favorecendo uma entrada para a indústria cultural.

De acordo com Marcellino (2006), o fator econômico contribui para uma apropriação desigual do lazer. Isto se reflete no *tempo do lazer*, que geralmente é preenchido por bicos, obrigações familiares e pelo deslocamento longo e cansativo entre a casa e o trabalho, quando não é desestimulado face ao desemprego, cujo *tempo desocupado* se traduz num tempo de espera, angústia e de desespero.

A distribuição do tempo e sua utilização, quantitativa e qualitativamente entre as classes sociais, é desigual e isto toma uma conotação política, na medida em que o próprio acesso aos espaços de lazer é dificultado tanto pela distância entre os equipamentos de lazer e a moradia quanto pelo fator custoso. Os equipamentos de lazer quando concebidos pela iniciativa privada atraem seus consumidores a partir da dinâmica do mercado, sendo o lucro o principal objetivo. Quando se trata de um equipamento público, a questão do acesso também não é diferente. Com exceção dos parques públicos, os museus, teatros e casas de espetáculos, como o Teatro São Pedro, Sala São Paulo e Teatro Municipal, são pagos, e quando não, isto ocorre em dias bastante específicos. Já, por exemplo, o Zoológico, o Simba Safári, o planetário e outros espaços em que ocorrem exposições, como a Oca, localizada no Parque do Ibirapuera, que é de livre acesso à população, possuem gratuidade apenas para grupos escolares e idosos, isto porque estes possuem direito garantido por lei.

Se por um lado existem as barreiras físicas, uma vez que a maioria dos equipamentos de lazer está localizada no centro e em áreas nobres da cidade de São Paulo e a moradia dos segmentos mais empobrecidos da população encontra-se nas grandes periferias do município ,

por outro lado existem, ainda, as barreiras socioeconômicas que impedem esses mesmos segmentos de usufruírem dos espaços de lazer. E, mesmo quando ambas as barreiras são superadas, a participação é dificultada e inibida devido ao ar de santuário e requinte que se revestem as construções e sua sistemática de utilização.

Assim, essas camadas da população são empurradas para dentro de suas casas e os espaços de lazer se constituem nos pequenos cômodos, quintais ou nas áreas coletivas da comunidade, principalmente quando moram em favelas ou nos espremidos apartamentos populares. As áreas verdes, os “parquinhos” os “campinhos” de futebol são restritos na cidade. Nas periferias é comum observar as brincadeiras improvisadas pelas crianças, local onde ainda se encontra uma atitude mais criativa. No entanto, é importante ressaltar que isto se dá mais por uma questão de necessidade do que por uma postura crítica e ativa sobre o estímulo que exerce a indústria cultural neste público. É preciso chamar atenção para o fato do crescimento da violência urbana, que para as crianças ainda possui um impacto ainda maior. As ruas passam a ser espaços perigosos, uma vez que vêm sendo ocupadas pelas balas perdidas, pelas brigas de gangues e enfrentamentos entre o tráfico e a polícia, quando não as crianças são cooptadas pelas quadrilhas, que lhes prometem melhores condições de vida.

O cenário que impede as pessoas de saírem de suas casas torna a televisão a principal atividade de lazer, que segundo Marcellino (2006), ora pode se constituir como aspecto aglutinador, ora como contribuição para a alienação. Como aspecto aglutinador, o mesmo autor questiona até que ponto a reunião da família em torno da televisão se dá pelo fascínio da programação ou é apenas uma alternativa para quem não tem nada a dizer, funcionando como um elemento isolador dos problemas familiares. Em relação à contribuição da televisão para a alienação, está no seu potencial em desenvolver uma postura mais passiva no telespectador. Não é incomum, por exemplo, observar as novelas ditando padrões de moda e mesmo de linguagem, como também não é raro a televisão introduzir ou modificar o comportamento das crianças, seja por meio das programações, seja por meio das propagandas, que incentivam o mercado consumidor.

Outro aspecto que salienta Marcellino (2006) diz respeito ao “lazer patológico”, que se relaciona a valores destrutivos. Geralmente quando as pessoas se lançam a este tipo de lazer, a

sua postura está relacionada a uma atitude mais passiva, de acomodação. São atividades que colocam em risco ou prejudicam a qualidade de vida das pessoas, sendo exemplos o envolvimento das pessoas com substâncias psicoativas, o abuso e dependência de álcool, envolvimento em rachas e outras disputas que geram violência e comprometem a saúde física e psíquica, quando não afetam a vida social, desestabilizando relações familiares, profissionais e afetivas.

É neste sentido que introduzimos duas questões fundamentais para o entendimento do lazer na promoção da saúde. Uma delas refere-se ao caráter educativo do lazer, em que o desenvolvimento cultural e social pode ser alcançado por meio de atividades de lazer e a outra, ao campo político da democratização cultural, no que se refere à democratização da participação da sociedade na produção e participação da vida cultural da cidade, à democratização da informação, à democratização do acesso aos espaços de lazer e cultura e à democratização da criação de equipamentos públicos. Para tanto, abordaremos, na próxima seção, o desenvolvimento da cultura e do lazer na política pública brasileira.

3.2. O DESENVOLVIMENTO DO LAZER NO BRASIL: DA CULTURA NACIONAL À INDÚSTRIA CULTURAL NO MUNDO GLOBALIZADO

A preocupação se centra, aqui, na democratização da produção cultural da cidade, o que representa entender, também, como a cultura vem sendo tratada historicamente no âmbito do poder público e dos marcos mais globais da política. E, ainda, como a questão é perpassada na discussão dos conceitos de globalização, principalmente nas dimensões culturais, quando uma sociedade de consumo vai se instalando e incorporando um novo imaginário coletivo na escolha de bens e serviços.

Enquanto o avanço das relações entre capital e trabalho impõe novos padrões de conduta, próprios de uma civilização industrial, urbana e moderna, o Brasil até o século XIX apresentava, ainda, um modelo econômico com características marcantes de um país pré-

industrializado. As atividades ligadas à cultura e à religião misturavam-se ao trabalho, não existindo uma clara demarcação entre trabalho e tempo livre.

No Brasil, os traços culturais, que determinarão as manifestações lúdicas da pré-modernidade, fundamentalmente são, na contemporaneidade, discutidos a partir dos resultados da miscigenação que vem paralelamente contribuir para o surgimento de um processo de sincretismo cultural (REQUIXA, 1977).

De acordo com esse autor um quadro de manifestações lúdicas vai se compondo no Brasil, como resultado do entrelaçamento de três culturas distintas: a indígena, a européia e a negra ou africana.

As contribuições, portanto, da tradição indígena se refletem nas festas¹⁴, no gosto pelo jogo de azar e brinquedos infantis; já a tradição africana vem trazer a dança e a música, com seus instrumentos, que até hoje enriquecem o nosso folclore. A cultura européia, com seus instrumentos musicais, como o violão, a flauta, e o piano, incorporou as atividades para formação da cultura brasileira, somando-se aos aspectos da religião, sob direta influência do catolicismo.

Com o desenvolvimento de uma sociedade moderna, o lazer brasileiro vai aparecendo na medida em que os reflexos de uma civilização urbano-industrial racionalizam o tempo do trabalho.

A racionalização do trabalho produtivo imposta pela ordem capitalista no Brasil foi um fator gerador de importantes lutas e conquistas adquiridas pelos trabalhadores assalariados, que passavam a reivindicar mais benefícios sociais e redução das horas trabalhadas, assim como o direito a férias remuneradas, ao descanso semanal e à aposentadoria. É neste contexto que o lazer passa a ser objeto, também, de reivindicação da classe operária, e nessa questão os sindicatos possuem um papel bastante importante.

¹⁴ Segundo Humberto de Campos eram barulhentas, tumultuosas e duravam dias e até semanas.

Embora os sindicatos não tivessem a obrigação legal de promover atividades de lazer, nem de criar recursos para seus afiliados, muitos deles se dedicaram a este campo, que mais tarde, em 1970 foi incentivado pelo Estado. O maior representante desse estímulo dado pelo poder público foi a criação do Serviço Social da Indústria (SESI) e do Serviço Social do Comércio (SESC), em 1946, já mobilizada pela significativa produção legislativa trabalhista que tem início nos anos 30.

Na esfera legal, o *tempo para o lazer* começa a aparecer nas décadas de 30 e 40, mas como contraposição ao *tempo do trabalho*.

Destacam-se neste aspecto: a) a Constituição Federal de 1934, em que aparece a expressão “tempo de não-trabalho” para justificar que o trabalho diário não poderia exceder oito horas, o repouso seria de preferência aos domingos e as férias deveriam ser remuneradas; b) a Constituição Federal de 1937, que reafirma o direito ao repouso semanal aos domingos, a licença remunerada após um ano de serviço ininterrupto e insere a possibilidade de redução das oito horas diárias de trabalho; c) o Decreto-lei nº5.452, de 1943, que dispõe sobre a Consolidação das Leis do Trabalho, representou o maior avanço nas relações sociais brasileiras, ao impor um mínimo de descanso para os trabalhadores (art.66), intervalo para almoço/repouso no trabalho (art.71), remuneração para repouso semanal (art 67-69), feriados (art.70) e férias (art. 129-153) e d) Declaração Universal dos Direitos do Homem, aprovada em 1948, pela Resolução da III Sessão Ordinária da Assembléia Geral das Nações Unidas, da qual o Brasil é signatário, onde o lazer foi incluído como direito humano, sendo tratado desta vez, como um tempo diferente do tempo de repouso (PINTO, 2008).

O reconhecimento deste *tempo social*, segundo Pinto, vinculava-se aos valores que sedimentavam o modo de produção capitalista, sendo o direito do trabalhador ao lazer, “um dos instrumentos usados para disciplinar corpos, trabalhos e tempos cotidianos da classe trabalhadora” (PINTO, 2008, p.81), a partir da elaboração de políticas de atividades recreativas que ao privilegiarem a classe trabalhadora tinham caráter assistencialista e corporativa. O *tempo do não-trabalho* era ocupado por pacotes de atividades recreativas que tinham por objetivo promover a distração, o descanso e a recomposição da força de trabalho. Nesse sentido, a mesma autora aponta, como marcos históricos, a criação do Departamento de

Recreação Operária no Rio de Janeiro, em 1946, do Minas Clube de Belo Horizonte, em 1937, do Serviço Social da Indústria (SESI) e do Serviço Social do Comércio, em 1946.

Trata-se de uma época em que se buscava a manutenção de um determinado sistema e ordem social, cuja política era dirigida para a formação de comportamentos e atitudes no lazer, que não comprometessem, mas ao contrário que viessem a contribuir para o *tempo do trabalho*. Já os conflitos de interesses entre a classe trabalhadora e o Estado e as dificuldades de acesso cultural da população não foram consideradas pelo poder público neste dado momento histórico.

As décadas de 1960 e 1970 foram orientadas pelas necessidades do desenvolvimento capitalista, destacando-se um período de transformação no âmbito institucional-financeiro. A partir do interesse na elevação e expansão da riqueza socialmente produzida, são reduzidas e reestruturadas as ações estatais nas políticas sociais, que passam a assumir a configuração de “políticas de massa”, oferecendo um tom universalizante e de cobertura abrangente. Neste modelo encontra-se a criação, em 1958, da *Campanha de Ruas de Recreio*, promovendo atividades de cunho esportivo-recreativas, que ocorriam nas vias públicas e praças da cidade.

Este modelo desencadeou a *cultura de eventos*, que tinha como principal característica ser esporádico, aglutinador e discriminatório, uma vez que as programações eram escolhidas e impostas pela administração pública. Tratou-se de uma política cujo modelo possui ressonância até os dias de hoje em diversos municípios. A aliança consagrada entre esporte e lazer difundiu a política de lazer no Brasil. Em vigor até 1996, a prática da Educação Física era obrigatória nas escolas e promoviam a educação corporal pactuada com educação para o lazer (PINTO, 2008).

De acordo com Corrêa (2002), a partir dos anos 70 o cenário político-econômico revelava contradições na relação entre trabalho e lazer. Esta época foi marcada por um período de expansão industrial, sob a ótica do desenvolvimento e do progresso da nação, o aumento da produção e a elevação das horas trabalhadas, associado aos baixos salários que passaram a imprimir um outro ritmo ao lazer do trabalhador. O *tempo livre* era reduzido

drasticamente, ao mesmo tempo em que aumentava o incentivo ao lazer por parte do poder público, por meio, ainda, de programas vinculados à prática esportiva, que se embasava “sob os preceitos do discurso do corpo saudável, forte e disciplinado para o trabalho” (CORRÊA, 2002, p. 32).

Observava-se, ainda, nesse período, a implantação de uma política do verde, que procurava, no discurso político, aliar qualidade de vida à humanização no caso da cidade de São Paulo, que crescia desordenadamente.

A influência do modelo instituído pelo poder público, nos anos 70, vinculando a prática esportiva ao lazer ainda faz parte do atual contexto brasileiro, o que está representado no texto Constitucional de 1988, no artigo 217, em seção denominada *Do Desporto*. O mesmo ocorre na lei Orgânica do Município de São Paulo, que possui um capítulo intitulado: *Do Esporte, Lazer e Recreação*, como forma de preservação da saúde física e mental do cidadão (MARCELLINO, 2008). Em 2000, com a criação dos Parâmetros Curriculares Nacionais que integram a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (Lei nº 9.394/1996), ressalta-se a educação física como educação para a participação lúdica no lazer, como área de conhecimento que objetiva a educação corporal (PINTO, 2008).

Se por um lado permaneceu o vínculo entre lazer e esporte na Carta Constitucional Brasileira, por outro, os anos 80 representaram a ampliação da participação da sociedade civil nos processos democráticos do país, e o lazer passou de direito concedido ao trabalhador para ser tratado no conjunto dos direitos de cidadania, como política pública universalizante, necessária para a melhoria da qualidade de vida de toda população (PINTO, 2008).

Mas nos anos 80, o lazer se torna objeto de um mercado emergente, passando a incorporar o estímulo às práticas de consumo em detrimento às práticas de lazer que possam trazer satisfação e prazer, simplesmente pela sua atividade. As exigências do modo vida capitalista incentivam a disseminação do lazer veiculado pela indústria cultural, “tratando os indivíduos como potenciais consumidores de mercadorias lúdico-culturais” (PINTO, 2008, p. 85).

Ganha espaço uma indústria de cultura e um mercado de bens simbólicos, o que quer dizer que a cultura passava a ser concebida como um investimento comercial, afastando-se da criação da vida cotidiana e do folclore. O popular passa a revestir-se de outro significado, identificando-se com aquilo que seria mais consumido (MARTINS, 2003).

No período de transição democrática, até sua consolidação nos anos 80, as políticas culturais, segundo Martins (2003), passam a ser definidas a partir do surgimento de uma voga (neo)populista na vida cultural do país, incluindo as massas populares ao estatuto da cidadania, bastante influenciado pela emergência de novos movimentos sociais. Trata-se de um período, a partir do qual foram incorporadas à política, características mais pluralistas.

A partir dos anos 90, frente ao processo acelerado de globalização¹⁵, o discurso político atrela-se ao incentivo da cultura como mercadoria. O perfil das políticas sociais passa pela tônica do desenvolvimento de uma indústria cultural cada vez mais forte, que manipula os indivíduos por modismos efêmeros e práticas descartáveis e atropela as expressões artísticas cotidianas e populares da população, as quais não vistas na perspectiva do consumo pela via do lucro e da comercialização, tornam-se práticas isoladas e cada vez menos reconhecidas na sociedade.

Resultante do processo de globalização, aflora o debate sobre o aparecimento de uma cultura global e de processos de homogeneização. De acordo com Santos (2002), a idéia de uma cultura global é colocada como um dos principais projetos da modernidade. Logo, a produção da homogeneização colocaria em risco a diversidade, tendo em vista, a formação de padrões culturais, cujo papel da mídia, e dos meios de comunicação em geral, destaca-se de maneira significativa na vida cotidiana da população.

¹⁵ Nota-se que se trata de um processo o qual irá pautar as principais discussões dos séculos XX e XXI, tanto no âmbito econômico, como social, cultural, político, jurídico e religioso, compreendendo um dos principais elementos para análise de conjuntura, frente às transformações societárias. Perante esse fenômeno multifacetado - processo de interações transnacionais - interligado por dimensões que atuam de modo complexo, de acordo com Boaventura de Sousa Santos (2002: 27), *“a globalização, longe de ser consensual, é, como veremos, um vasto e intenso campo de conflitos entre grupos sociais, Estado e interesses hegemônicos, por um lado, e grupos sociais, Estados e interesses subalternos, por outro; e mesmo no interior do campo hegemônico há divisões mais ou menos significativas”*. Nesse sentido, é que não tomaremos o conceito de globalização na sua forma mais genérica, mas em relação à ênfase assumida nas dimensões culturais do processo.

Por outro lado, pondera-se que seria preferível trabalhar sobre a idéia de *culturas globais parciais* (SANTOS, 2002), as quais teriam natureza, alcances e perfis políticos diferenciados. Quando entendida na relação entre o universal e o particular, a cultura culminaria num processo de hibridação, através do qual passam a ser evidenciadas convergências entre a intensificação dos fluxos transnacionais de bens e capitais e as diferenças culturais nacionais.

A noção de hibridação é datada do período pré-moderno quando surgem estudos relacionados aos processos tradicionais, a permanência de costumes, valores e pensamentos. O termo chega a ser sinônimo de mestiçagem, sincretismo e criouliização (CANCLINI, 2003).

Na área da cultura, a hibridação representa as misturas interculturais da modernidade:

os fluxos e as interações que ocorrem nesses processos (globalizadores) diminuíram fronteiras e alfândegas, assim como a autonomia das tradições locais; propiciam mais formas de hibridação produtiva, comunicacional e nos estilos de consumo do que no passado (CANCLINI, 2003, p. xxxi).

Nesse processo, assistimos a um movimento ora de desvalorização, ora de recomposição, ora de revalorização das culturas populares, com fortes características de intensificação de intercâmbio entre nações, em que o trabalho do artista, do artesão, se redefine pela lógica do mercado. O culto popular, o folclore e outras expressões populares tomam caráter de encenação cultural manejados pelas políticas públicas locais, com enfoque geralmente voltado para os interesses do turista, dos consumidores. A cultura popular, portanto, entra num processo de subalternidade aos interesses mais globais e mercadológicos, passando a ter uma função política e econômica.

Todavia nem a modernização, nem a globalização, suprimem o popular. É preciso entender que a arte e o folclore são redimensionados, ao lado de outras formas de se fazer ou se produzir cultura. Nesses cruzamentos entre o tradicional e o moderno, resta saber quais seriam e onde estariam as perdas, no sentido de que conviver em meio a tantas heterogeneidades por um lado, e uma ditadura homogeneizadora, imposta pelo mercado

cultural global por outro, implicaria na capacidade exata do Estado em estar preparado estrategicamente para globalizar, inclusive, os direitos do cidadão.

Enquanto as diferenças culturais entre as classes se resolveriam no encontro da arte culta com os espectadores populares, a democratização dos saberes resvala em outros problemas sociais importantes, como os altos índices de analfabetismo, a ausência de uma contextualização pedagógica das artes, o acesso da população mais excluída geograficamente dos espaços culturais, e ainda a escassez de canais de campanhas de incentivo e difusão de diversas e diversificadas expressões artísticas, de forma que aproximem o público, qualquer que seja o segmento social, dos bens culturais que a cidade possui, mas que nem sempre oferece e está disponibilizado para as camadas mais pobres.

Se para Canclini fica a pergunta: “é possível abolir a distância entre os artistas e os espectadores?” (CANCLINI, 2003, p. 136) sua pesquisa, realizada sobre o público de museus, na cidade do México em 1982 e 1983, revela que procurar conhecer os diferentes segmentos visitantes desses espaços, significa aproximar-se das opiniões e dos comportamentos destes receptores antes que os estigmatizemos, pressupondo que suas condições de entendimento, simbolização e repertório cultural são conclusivos para invocar o que é mais interessante ou adequado como espaço de apropriação de cultura ou mesmo de circulação, como forma de lazer e entretenimento.

A pesquisa coloca em pauta a necessidade de democratização dos espaços culturais, como o museu, frente aos gostos e opiniões do público, analisando-os em relação aos movimentos constitutivos da modernidade, do ponto de vista do consumo cultural.

Em vários países latino-americanos houve campanhas de alfabetização em massa e de educação popular, acreditando que isto aproximaria os artistas da população, de forma que as obras artísticas se inserissem mais facilmente no patrimônio coletivo. Isto só veio demonstrar a priorização das elites governantes com a cultura escrita, mais do que a visual, sendo a documentação inicial das tradições culturais realizadas em sua maioria por escritores:

Esse olhar literário sobre o patrimônio, inclusive sobre a cultura visual, contribuiu para o divórcio entre as elites e o povo. Em sociedades com alto índice de analfabetismo, documentar e organizar a cultura privilegiando os meios escritos é uma maneira de reservar para minorias a memória e o uso dos bens simbólicos. (CANCLINI, 2003, p. 143)

Embora a pesquisa tenha apontado que a maior proporção do público visitante do museu provém dos setores médio e alto da população, ou seja, um público letrado, sendo a maioria estudantes; as opiniões e os valores manifestados aproximavam-se mais da estética, ocupando um campo simbólico frente ao objeto artístico, do que uma estética intrínseca à obra, a sua estrutura ou seus méritos formais, geralmente mais propostos pela museografia, pelo catálogo e pela crítica.

Sobre essas bases a democratização cultural deve passar pela disponibilidade que tem a população em se relacionar com os bens culturais, considerando os diferentes segmentos sociais e de repertórios educativos diversos, verificando-se que “coexistem vários estilos de recepção e compreensão e ao mesmo tempo assimetria entre a possibilidade de ler e olhar a arte” (CANCLINI, 2003, p.50).

Na cultura, como conclui Canclini, “não chegamos a uma modernidade, mas a vários processos desiguais e combinados de modernização”, (CANCLINI, 2003, p.154), em que o projeto, inovador e democratizador da cultura moderna, é compartilhada por uma minoria, principalmente na América Latina.

Tecendo algumas considerações a esse respeito, Canclini segue contribuindo: “uma política democratizadora é não apenas a que socializa os bens ‘legítimos’, mas a que problematiza o que deve entender-se por cultura e quais são os direitos do heterogêneo”. (CANCLINI, 2003, p.156).

Na sua mais recente obra, Canclini (2008) tecendo reflexões sobre as relações que se estabelecem entre países num mundo globalizado, tendo a cultura como um elemento central, apresenta “uma agenda de tarefas que poderiam contribuir para que a América Latina se

reconstituísse como região, posicionando-se de maneira mais criativa e competitiva nas trocas globais”(CANCLINI, 2008, p.102), que apresentamos aqui de forma resumida:

- A. Identificar as áreas estratégicas de nosso desenvolvimento, fortalecendo o que ainda resta de cultura e sociedade nacionais;
- B. Desenvolver políticas sócio-culturais que promovam o avanço tecnológico e a expressão multicultural de nossas sociedades, centradas no crescimento da participação democrática dos cidadãos;
- C. Recolocar as políticas culturais nas estratégias de desenvolvimento endógeno e de cooperação internacional;
- D. Cultivar e proteger legalmente a diversidade latino-americana situando-a na diversidade de tendências que contém a globalização. Criar instrumentos internacionais de conhecimento e avaliação do desenvolvimento sociocultural.

Portanto, no redimensionamento das relações entre a política cultural e o consumo, a questão centra-se no papel da sociedade civil enquanto protagonista dos seus interesses, necessidades e sonhos, em meio ao embate junto às ações impostas pelo Estado sem que haja uma certa harmonia entre ambos.

Neste jogo de interesses caberia ressaltar a partir da teoria de Estado ampliado, proposto por Gramsci, qual seria a justa relação entre sociedade política e sociedade civil, na concepção de Estado.

No interior da chamada sociedade civil, entendida como *aparelhos privados de hegemonia*¹⁶, é que nos interessa apoiar algumas observações a respeito dos movimentos sociais, em especial seu papel como protagonista da sociedade civil em relação à defesa dos direitos coletivos, de cidadania, e participação nas instâncias de decisão político-administrativa, ou seja, no âmbito da sociedade política.

¹⁶ No qual se insere a família, a escola, as Igrejas, as associações, os movimentos sociais e as Organizações Não Governamentais – ONGs.

Ao defendermos que os movimentos sociais são detentores de uma expressiva força social e histórica, que protagonizam os reais interesses da sociedade civil ou ainda da coletividade, e possuem direção intelectual e moral, são capazes de lutar pela transformação das relações de poder, que “não visa apenas à formação de uma vontade coletiva capaz de criar um novo aparelho estatal e de transformar a sociedade, mas também à elaboração e, portanto, à difusão e à realização de uma nova concepção de mundo” (BOBBIO, 1999, p. 68).

Na órbita da sociedade civil concentra-se a disputa entre classes por uma ideologia hegemônica, que se dá no plano cultural, que segundo as idéias gramscianas, centra-se na capacidade de uma classe dirigir moral e intelectualmente o conjunto da sociedade, produzindo consensos em torno de um projeto político (COSTA, 2002).

Os movimentos sociais vistos como espaços de criação de uma sociedade civil participativa e democrática, imprimem sua importância na constituição da identidade das classes subalternas, as quais têm como enfrentamento o autoritarismo e a exploração dos poderes dominantes (RESTREPO, 1990). Assim seja, procuram consolidar uma ética comum. Fundam, portanto, as bases para a emancipação de uma sociedade civil, que procura participar da vida pública, na conquista da sua autonomia política, de um protagonismo direto na cena pública:

Os movimentos sociais contribuem para transformar esta cultura popular autoritária. Constituem atores sociais coletivos, dotados de poder próprio, capazes de atuar na cena pública sem necessidade de intermediários. Suas formas de organização são democráticas, uma vez que nascem de baixo, das necessidades sentidas pela comunidade ou pela classe, e não da dependência clientelista. Contribuem para a gestão de uma cultura não autoritária e participativa. Desenvolvem, assim, as bases sociais de um possível Estado democrático (RESTREPO, 1990, p.90).

Expressando energias de resistência ao que oprime e cala a sociedade civil, os movimentos sociais atuam propositivamente na história, articulando ações coletivas, e agem, de um lado por meio de projetos emancipatórios, construindo propostas e, por outro, constituindo sujeitos sociais, construindo representações afirmativas por meio de discursos e práticas. Nesta perspectiva, os movimentos sociais projetam em seus participantes sentimentos de pertencimento social ao possibilitar a inclusão destes, bem como suas

demandas antes sentidas como individuais, em algum tipo de ação de um grupo ativo (GOHN, 2003).

Se como afirma Restrepo (1990), os movimentos sociais se caracterizam por sua transitoriedade, é importante registrar que a partir dos anos 90 alguns movimentos se articulam com novas formas institucionalizadas de participação social no controle da gestão pública e estão presentes nos Conselhos Gestores, de Representação, de Orçamento Participativo, entre outros, tanto nas esferas municipais e estaduais, como federal.

Ao retomarmos historicamente as formas organizativas da sociedade civil, percebemos que até parte dos anos 80 predominavam os movimentos sociais populares, sob inspiração da Teologia da Libertação, que se opunham ao regime militar e derivavam de processos de mobilizações de massa.

Já ao final dos anos 80 e ao longo dos 90 passam a predominar os “novos movimentos sociais”, mais operativos e propositivos. Suas lutas não preferem tanto a via das grandes manifestações, mas as mobilizações estratégicas. O conceito básico que dá fundamento às ações é o da participação cidadã: “a participação cidadã passa a ser concebida como uma intervenção social periódica e planejada, ao longo de todo circuito de formulação e implantação de uma política pública” (GOHN, 2003, p. 19).

A participação como controle social, traz a possibilidade dos cidadãos proporem critérios e parâmetros na orientação das ações públicas, como forma de exercer o controle, não tão somente por eleições, mas através da criação de mecanismos de controle, como as Leis e da constituição de espaços institucionalizados ou não de participação.

Na atual conjuntura, pode-se entender assim, que a participação, tal como as ações coletivas, surgem como respostas às crises do Estado, introduzindo um novo projeto político que não se trata mais de ficar de costas para o Estado, mas de participar das políticas, construindo outros canais de participação não somente institucionalizados como os

Conselhos, mas organizados enquanto Fóruns que, inclusive, contribuem para a constituição destes espaços, elaborando e deliberando propostas.

Analisando o rebatimento desse contexto e da perspectiva mais global imprimida a partir dos anos 90, principalmente quando entra em cena e se acentua um processo acelerado da indústria e do consumo cultural, não se percebe a organização de movimentos sociais pelo direito à cultura, embora historicamente seja possível identificar uma série de ações coletivas, com certa representatividade através da música, do teatro etc., que emitiram fortes conotações de protesto contra regimes autoritários e ditatoriais.

Nesse cenário percebe-se que as ações coletivas emergem, na contemporaneidade, com interesses e preocupações mais imediatos, e a cultura, como direito do cidadão, não se localiza no mesmo patamar das lutas pelos demais direitos sociais e a discussão recai essencialmente nas áreas da assistência, saúde, habitação, educação, criança e adolescente. O campo da cultura, portanto, torna-se âmbito de lutas difusas com pouca visibilidade e reivindicações pontuais, geralmente advindas dos trabalhadores do teatro, da música, do cinema e não da sociedade civil.

Portanto, se o surgimento de novos protagonistas na sociedade civil brasileira, que se propõem a reivindicar direitos e lutar por uma sociedade mais igualitária, tem uma história recente de pouco mais de 30 anos, analisando-se em particular a luta dos movimentos sociais na área da cultura, percebe-se um protagonismo pouco ativo e ainda recente.

Somente no ano de 1986 é que instrumentos jurídicos de âmbito nacional na área da cultura tornaram-se uma preocupação, todavia, não se apresentaram como mecanismos de controle em torno das políticas culturais, mas de incentivos, propostos e elaborados pelos próprios governantes.

Passando a vigorar até então uma política cultural baseada na parceria (mecenato¹⁷) entre o Estado e a setor Privado, após a Lei n° 7.505, conhecida popularmente como Lei Sarney, que vigorou até 1990, foram reproduzidos instrumentos jurídicos com o mesmo teor. Na cidade de São Paulo foi promulgada, em 1990, a Lei n° 10.932 - Lei Mendonça - cuja elaboração partiu da movimentação da classe cultural paulistana, com o apoio do então vereador Marcos Mendonça e, posteriormente, em 1991, entrou em vigor a Lei Federal de Incentivos Fiscais, n° 8.313 - Lei Rouanet (OLIVIERI, 2004).

Nesse sentido, a escolha das produções artísticas foi, nos últimos 20 anos, repassada ao poder privado e não se tem clara e estabelecida uma política pública de Cultura. A Comissão Nacional de Incentivo à Cultura (CNIC)¹⁸, instituída pela Lei Rouanet, foi esvaziada de poder, sendo repassada para o próprio Ministério da Cultura, a competência para aprovação dos projetos. O Fundo Nacional de Cultura (FNC)¹⁹ – mecanismo também criado pela mesma Lei – gerido pelo próprio Ministério da Cultura, não se apresenta com transparência, uma vez que inexistente a formulação de critérios públicos, tendendo para a concentração de verbas em projetos de determinadas regiões, como Sul e Sudeste.

Ao fazermos um recorte, trazendo para análise a realidade da luta pelo direito à cultura no município de São Paulo, percebe-se como resposta, de um retorno mais ativo do protagonismo da sociedade civil nos anos 90, a criação da Lei de Fomento à Cultura, n° 13.279, promulgada por iniciativa e pressão de ações mais coletivas, com apoio do vereador Vicente Cândido, que propunha levar o teatro para os segmentos mais excluídos da sociedade. Diferentemente de outras Leis promulgadas, não se tratou de uma Lei de incentivos fiscais,

¹⁷ Esta denominação, inspirada na época renascentista, representa uma parceria entre o Estado e o setor privado, através da qual o primeiro entra com a maior parte da verba destinada ao projeto cultural, por meio de renúncia fiscal e o segundo completa a diferença que se dá em geral em torno de 30 a 40% do valor total do projeto.

¹⁸ A CNIC é formada por sete representantes da sociedade civil, sendo seis representantes de entidades associativas de setores culturais e um representante do empresariado nacional. Como membros natos compõem a Comissão o Ministro da Cultura e os presidentes das entidades supervisionadas do Ministério da Cultura e o presidente da entidade nacional, que congrega Secretários de Cultura do Estado e do Distrito Federal. Em 1999 a CNIC foi transformada em órgão apenas consultivo.

¹⁹ O FNC é formado por verbas provenientes de várias fontes, como, dentre os mais relevantes: 1) recursos do Tesouro Nacional; 2) doações; 3) legados; 4) subvenções e auxílios de entidades de qualquer natureza, inclusive de organismos internacionais; 5) saldos não utilizados na execução de projetos de mecenato; 6) devolução de recursos de projetos de mecenato; 7) um por cento da arrecadação dos fundos de Investimento Regionais; 8) três por cento da arrecadação bruta dos concursos de prognóstico e loterias federais e similares, entre outros recursos.

mas de incentivo à universalização e fomento à cultura, ao acesso à arte, à expressão artística, como direito de cidadania a toda população, sem restrição de classe ou segmento social.

A luta em torno da universalização do direito à cultura parece então imprimir sua importância, tanto na agenda dos governantes, quanto na vida cotidiana da sociedade paulistana. A exemplo disto está o tratamento dado por meio de dispositivos legais a segmentos mais vulneráveis da sociedade brasileira, tais como a criança e o adolescente, o idoso e o deficiente.

Em 1990, com a promulgação da Lei nº 8.069, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), o lazer vincula-se com a promoção cultural por meio de programas estimulados pelo poder público, o que não isenta de responsabilidade o papel da família e da sociedade em assegurar o lazer à criança e ao adolescente. O mesmo ocorre com o Estatuto do Idoso, datado de 2003, que relaciona o lazer ao incentivo da inserção do idoso em programas de lazer que promovam a sua qualidade de vida e a sua participação na comunidade. Em relação aos deficientes, o lazer é tratado juntamente com o turismo, o esporte e a cultura, sendo este um direito que está contemplado na Política Nacional para a Integração das Pessoas Portadoras de Deficiência, por meio do Decreto nº 3.298 (PINTO, 2008).

Ancorada na realização do I Fórum Mundial da Cultura, em nosso país, em 2004, foi organizada a I Conferência Municipal da Cultura, no mesmo ano, a partir da qual foram formuladas diretrizes cujo eixo orientador era a gestão cultural e o foco central estava assentado no controle social da política, através da constituição do Conselho Municipal da Cultura. Nesse sentido, buscava-se a defesa dos interesses mais gerais da sociedade civil e específicos do território, de forma que a diversidade cultural seja contemplada nos programas e ações da política, por meio de dispositivos legais.

Com base nessa discussão, torna-se urgente um posicionamento a respeito de que cultura é essa que permeia o discurso político, estatal e das lutas da sociedade civil, levando-se em conta a dimensão do processo histórico, frente à formação e a diversidade cultural da sociedade brasileira, que culmina com a instalação de uma sociedade de consumo fortemente

influenciada pela tônica da globalização, que inaugurará um novo processo bastante contemporâneo, da indústria cultural, da cultura de massa, do consumo estratificado, cujo significado parece se perder, quando a compreensão do acesso e da apropriação dos bens e serviços culturais pela sociedade aparece pouco clara, confusa, nebulosa e até contraditória do ponto de vista dos interesses do setor privado, das necessidades dos diversos segmentos da sociedade civil e das propostas dos governantes.

Retornando ao nosso objeto de estudo, para que o lazer possa ser compreendido como uma das estratégias de promoção da saúde, alguns aspectos precisam ser questionados frente à administração pública, quais sejam: as barreiras socioeconômicas, entendidas a partir de pessoas com dificuldades financeiras, as barreiras geográficas, que se constituem nas distâncias entre os equipamentos de lazer, na insuficiência e baixa qualidade do transporte urbano, falta de acesso à informação e conhecimento sobre as oportunidades de lazer, restrita oferta de bens culturais e outras vivências de lazer na comunidade e a tímida participação da sociedade civil nas tomadas de decisão no campo das políticas, programas e ações públicas na área do lazer e da cultura.

Nesse quadro de demandas para o poder público, a inter-relação do lazer e da cultura com a saúde, somente poderá ser efetivada se houver um compromisso efetivo dos gestores das políticas públicas em articular a política do lazer e da cultura com outras políticas, de forma a equacionar os problemas de renda, acesso urbano, transporte, saúde, trabalho e educação.

Marcellino ressalta que a transversalidade do tema do lazer impõe a necessidade de um trabalho integrado em Políticas Setoriais, que deve considerar quatro eixos:

1. A partir dos conteúdos culturais – requer trabalho integrado intersecretarias ou órgãos da chamada área cultural (artes, cultura, esporte, meio ambiente, turismo, patrimônio etc.);
2. A partir dos valores associados ao lazer – requer trabalho integrado intersecretarias ou órgãos que extrapolem a questão cultural (Educação, Saúde);
3. A partir da barreira para sua prática – requer trabalho integrado intersecretarias ou órgãos que também extrapolem a questão cultural (Promoção Social, Transporte, Parque e Jardins);

4. A partir das circunstâncias que o cercam – política de reordenamento do solo urbano, do tempo (necessidade de relação com o Legislativo). (MARCELLINO 2008, p. 30)

Isto se constitui numa prerrogativa ao conceito de lazer que imprimimos neste estudo, que não o opõe às outras práticas cotidianas do indivíduo, mas as integra. Entendido o homem em sua totalidade e consideradas as influências das suas experiências de vida nas diversas áreas em que atua, a intersectorialidade das políticas públicas torna-se uma condição necessária para superar a fragmentação que as ações governamentais exercem sobre o indivíduo.

A história das políticas culturais do nosso país sugere questões de fundo, que, ao nosso entender, relacionam-se com o projeto político do poder público na gestão das políticas de lazer e cultura: quais são as dimensões de justiça social e de cidadania imprimidas nos programas e projetos na área em questão? Com que valores trabalham a administração pública na concepção de lazer? Como se efetiva e como é incentivada a participação da sociedade civil para a formulação das políticas de lazer que possam contribuir para sua qualidade de vida e responder às suas demandas? Entendemos como Pinto, que “o projeto político deve ter um rumo claro, definido, mesmo que a prática política conviva com antagonismos diversos, variando de acordo com os projetos de cada sociedade e os momentos históricos” (PINTO, 2008, p.49).

3.3. O LAZER COMO EXERCÍCIO DA CULTURA

Pode-se perceber que um dos nós da Política Cultural está em determinar com clareza o objetivo do lazer nas propostas da administração pública, que ora aparece associado ao Esporte, ora à Cultura, ora à Recreação. É nesse sentido que as Secretarias, envolvidas com a questão, trocam a cada gestão sua denominação. Isto nos faz perceber o quanto o lazer abre inúmeras possibilidades. Portanto, neste estudo, compreendemos a especificidade da ação do campo do lazer, no plano cultural. Isto se justifica pelo seu caráter de desenvolvimento pessoal, que de acordo com Dumazedier:

[...] pode ser ou não provocado. Ele pode resultar do jogo de forças de uma situação de “deixar de fazer” ou então ser o resultado de uma ação, isto é, da interação do sistema de intervenção de um sujeito social com os fatores favoráveis ou desfavoráveis de uma situação. Tal ação pode servir de objeto da planificação a curto ou longo prazo (DUMAZEDIER, 2008, p. 183).

Mas o campo conceitual da cultura é bastante amplo. Podemos encontrar uma constelação de sentidos oferecidos ao termo em diferentes áreas das ciências humanas e períodos históricos. Por isto, esta seção tem por objetivo apresentar as diferentes concepções e construções históricas a respeito do termo, que possam justificar a sua introdução ao campo do lazer.

No seu sentido mais amplo, cultura vem representar o modo de vida e de pensamento de determinada comunidade, ou seja, é aquilo que diferencia os povos, de forma a ultrapassar a questão biológica. A cultura, nesse sentido é o principal elemento que rompe com as explicações naturalizantes do homem.

No entanto, é importante localizarmos a origem da palavra e da sua evolução semântica, pois até o século XVIII a idéia que se tinha de cultura era outra. Cuche (1999) sugere que nos remetamos ao século XIII, na França, quando a palavra cultura já fazia parte do vocabulário desse povo. Oriunda do latim *cultura* significava o cuidado dispensado ao campo ou ao gado. Até hoje, a cultura da terra é tratada no âmbito da agronomia. Mas até o século XVII, o sentido figurado da palavra não tem reconhecimento científico e não aparece na maior parte dos dicionários da época, o que irá ocorrer apenas no século XVIII quando figura nos dicionários franceses: cultura das artes, cultura das letras, mas, ainda, associada à idéia de cultivo. Ao longo desse mesmo século, a cultura se liberta desses complementos, e passa a ser entendida como ação, educação e formação. Para os filósofos Iluministas a cultura: “é a soma dos saberes acumulados e transmitidos pela humanidade, considerada como totalidade, ao longo da sua história” (CUCHE, 1999, p. 21).

A cultura, no século XVIII, era entendida como própria do homem, portanto, tratada no singular e associada à idéia de progresso. Embora o movimento do Iluminismo se dê na

Inglaterra do século XVIII, esta idéia de cultura se aproximará à concepção francesa da palavra *civilização*²⁰, cujo sentido vincula-se a concepção progressista da história:

As idéias otimistas de progresso, inscritas nas noções de “cultura” e “civilização” podem ser consideradas como uma forma de sucedâneo de esperança religiosa. A partir de então, o homem está colocado no centro da reflexão e no centro do universo. Aparece a possibilidade de uma “ciência do homem [...]” (CUCHE, DENYS, 1999, p. 23)

A antítese cultura-civilização teve suas raízes na Alemanha. A estrutura de classes alemã, em que a burguesia não mantinha laços estreitos com a aristocracia, alimentou a construção de um sistema de valores difundida pelos intelectuais burgueses. Os valores *cortes* da aristocracia tinham cunho leviano, superficial, aparente e pertenciam à civilização. Já os valores espirituais, entendidos como autênticos e advindos da arte, da filosofia, da ciência e da religião, pertenciam ao campo da cultura. Na busca por uma legitimidade social, no final do século XVIII, ao se aproximar a Revolução Francesa, o termo “civilização” perde sua conotação aristocrática alemã e a cultura passa a ocupar o plano político de formação de uma unidade nacional: ”Diante do poder dos Estados vizinhos, a França e a Inglaterra em particular, a ‘nação’ alemã, enfraquecida pelas divisões políticas, esfacelada em múltiplos principados, procura afirmar sua existência glorificando sua cultura.” (CUCHE, 1999, p. 27).

Enquanto o Iluminismo defendia o universalismo uniformizante da cultura, em 1774, Johann Gottfried Herder, imprimia a partir de seus escritos a existência de diversidades culturais, como riqueza da humanidade, em que “cada povo, através de sua cultura, própria, tem um destino específico a realizar. Pois cada cultura exprime a sua maneira um aspecto da humanidade” (CUCHE, 1999, p.27).

Herder apesar de tender a uma interpretação particularista da cultura alemã, foi considerado o pai do conceito relativista de cultura. Neste aspecto, a noção de cultura na Alemanha se aproxima cada vez mais do conceito de nação. A nação cultural se fortalece ante

²⁰ Cultura evocaria o progresso individual enquanto civilização o progresso coletivo, longe de ser acabado, se caracteriza como um processo que possibilita o avanço das instituições, da legislação, da educação (Cuche, Denys, 1999).

a nação política, como patrimônio nacional, nas suas características e conquistas artísticas, intelectuais e morais.

O conceito nacionalista alemão e universalista humanista francês toma dimensões maiores de rivalidade, no século XX, durante a I Guerra Mundial (1914-1918), quando se exacerba o debate ideológico sobre cultura. Para a França pertencem à nação francesa todos aqueles que se reconhecem culturalmente nela, independentemente da origem.

Cientificamente, o conceito de cultura, cunhado pelos franceses e alemães com caráter mais normativo, toma sentido etnológico, com a primeira definição feita pelo antropólogo britânico Edward Burnett Tylor, em que cultura é a “expressão da totalidade da vida social do homem” (CUCHE, 1999, p.35), adquirida e não dependente da hereditariedade biológica. Em seus estudos comparativos, Tylor identificava estágios de evolução da cultura e com isso defendia a continuidade da cultura entre os povos mais primitivos e avançados, contra os que defendiam a ruptura do selvagem e do civilizado. Considerado como fundador da antropologia britânica, se deve a ele esta ciência ter-se tornado disciplina universitária, em 1883 na Universidade de Oxford.

No campo da Antropologia, outros estudiosos aprofundaram a interpretação do conceito de cultura, sendo Franz Boas²¹, o primeiro antropólogo a realizar pesquisas *in lócus* a partir da observação direta e por um longo período de culturas primitivas. Funda assim a etnografia. Franz Boas possuiu grande influência da corrente alemã, sob o aspecto do relativismo cultural.

Na Inglaterra, o antropólogo Bronislaw Malinowski volta-se ao estudo da natureza humana, tecendo uma concepção biologista da cultura:

Para explicar o caráter funcional das diferentes culturas, Malinowski elabora uma teoria muito controversa, a teoria das necessidades [...] os elementos constitutivos de uma cultura teriam como função satisfazer as necessidades essenciais do homem [...] o indivíduo tem um certo número de necessidades psicológicas (alimentar-se,

²¹ Frans Boas (1858-1942) nasceu em Minden na Alemanha, mas sua vida literária se afirmou em Nova York, onde a partir de 1887 fez sua primeira publicação, que se tornou uma das maiores referências na Antropologia, por ter formulado o conceito de etnocentrismo.

reproduzir-se, proteger-se etc.) que determinam imposições fundamentais. A cultura constitui precisamente a resposta funcional a estes imperativos naturais (CUCHE, 1999, p. 72)

O método conhecido como observação participante foi fundado por Malinowski, defensor da observação direta em campo, como *procedimento paciente*. Considerava que somente este método daria condições ao pesquisador de inter-relacionar todos os fatos observados, para então definir a cultura do grupo estudado. Segundo Cuche (1999) o funcionalismo de Malinowski, demonstrava suas limitações ao não revelar as contradições culturais internas.

É na França que nasce a Sociologia como disciplina científica, que se ocupa do estudo das sociedades humanas. Nesse sentido, ainda, no século XIX e começo do século XX, os estudiosos franceses utilizavam correntemente o termo civilização e não cultura para se referir ao coletivo. A cultura era na França um campo compreendido no sentido elitista individual – de pessoa culta.

Mesmo nos Estados Unidos, onde se dá a consagração das teorias culturais, para daí ganharem novas dimensões, influenciando outras áreas, como a psicologia e a sociologia, os estudos continuam privilegiando as pesquisas etnográficas. As produções sobre o conceito de cultura ganham novos contornos nos estudos voltados à comunicação e os que procuram relacionar cultura coletiva à personalidade individual. As correntes de pensamento norte-americano, que passam a desenvolver um conjunto de teorias centrado nas questões urbanas, a partir de estudos etnográficos, representam a Escola de Chicago, cujos protagonistas são: William I. Thomas, Florian Znaniecki, Robert E. Park, Louis Wirth, Ernest Burgess, Everett Hughes e Robert McKenzie.

Portanto, os séculos XIX e XX foram marcados por estudos sistemáticos e detalhados de muitas culturas, sendo privilegiadas as pesquisas que tendiam a hierarquização das culturas humanas. Nos estudos poderia ser observada uma preocupação tanto para a compreensão das sociedades modernas e industriais que se formavam, quanto para aquelas que iam desaparecendo ou perdendo suas características originais (SANTOS, 2006). De toda forma, os

culturalistas, da escola de cultura e personalidade, contribuíram dando ênfase à importância da educação para o processo de diferenciação cultural.

3.3.1. CULTURA E A SOCIOLOGIA CLÁSSICA

Os chamados clássicos da sociologia: Marx, Durkheim e Weber, não assentaram seus estudos no conceito de cultura, nem ao menos se propuseram em suas obras a construir uma teoria cultural propriamente dita, mas compreender a sociedade moderna que se formava pós-revolução industrial.

Enquanto Durkheim procurava compreender a sociedade em todas as suas dimensões e aspectos, delimitando como objeto da sociologia os fatos sociais, sendo reconhecido como o principal teórico do conceito de coerção social, Weber buscou refletir a dominação burocrática moderna, a partir do racionalismo como estratégia de conhecimento objetivo (BRANDÃO e CARVALHO, 2005), seu principal foco de análise foi a ação social, tendo construído tipos ideais: ação racional, tradicional e afetiva. Logo Marx buscou construir uma teoria social, que desse conta de entender a nascente sociedade burguesa estruturada sob o sistema capitalista, tendo como objeto de estudo as relações sociais de produção, tendo localizado na superestrutura a base de sua teoria social crítica (OLIVEIRA & QUINTANEIRO, 2002).

Nesse sentido, o uso da cultura utilizado pelos clássicos da sociologia moderna esteve presente como fator para explicação de fenômenos, ações, fatos e realidades sociais, tendo em vista as relações sociais de dominação. Particularmente os estudos de Weber e Marx, recaem sobre as lutas de classes, tendo em vista a discussão de cultura dominante e dominada, esta última mais comumente denominada, *cultura popular* ou como prefere e melhor defini Marilena Chauí *cultura do povo*:

[...] a noção de “popular” é suficientemente ambígua para levar à suposição de que representações, normas e práticas porque são encontradas nas classes dominadas

são, *ipso facto*, do povo. Em suma, não é porque algo está no povo que é do povo. [...] A expressão cultura do povo teria ainda a vantagem de permitir uma leitura da frase de Marx acerca das idéias dominantes, dando ênfase ao termo “dominantes”, isto é ao fato de que se as idéias dominantes são as da classe que exerce a dominação, então seu contraditório certamente deve existir, ou seja, as idéias dos dominados enquanto constituem determinações de uma cultura dominada (CHAUI, 2006, p. 53).

3.3.2. CULTURA EM GRAMSCI

A influência de Gramsci no Brasil, entre os intelectuais, se dá num contexto sócio-político determinado. A conjuntura dos anos 60 e 70 tornou favorável uma produção de estudos, cujo pensamento se baseava nas categorias analíticas gramscianas, em especial, organização da cultura, sociedade política, revolução passiva, nacional-popular, sociedade civil, estado ampliado entre outras (SIMIONATTO, 1999).

Carlos Nelson Coutinho se dedicou a analisar a modernização capitalista, recuperando a história brasileira, desde a Independência, passando pela Revolução de 30 e o Golpe de 64, no sentido de relacionar os problemas da cultura à totalidade social, demonstrando como a exclusão das massas populares em nosso país foi decisiva para a criação de uma “cultura ornamental”, ou seja, um sistema edificado pelas classes dominantes de cooptação das camadas médias e exclusão das camadas pobres.

No pensamento de Gramsci a difusão e a organização da cultura estava associada à idéia de afirmação política da classe operária. Portanto, a cultura entendida como bem universal que permanecia como um privilégio, restrita a uma sociedade de classes, se ampliava ao ser compreendida não mais como algo produzido pela classe dominante, que é distribuída de cima para baixo aos vários setores populares. Com isso, Gramsci acreditava na capacidade de pensar entre todos os homens ao questionar o conceito de homem culto (VIEIRA, 1999).

A cultura refletia então as diferenças culturais, cujos abismos se manifestavam de forma mais evidente nas funções produtivas; isto fez com que Gramsci incorporasse a questão do trabalho, tendo em vista a apropriação privada do capital no sistema capitalista. Para Gramsci o modo de viver supunha uma determinada forma de produzir e distribuir riqueza (VIEIRA, 1999).

O conceito de cultura nos *Quadernis*, como cita Vieira (1999), apontava, portanto, duas direções: “de um lado, a cultura significa o modo de viver, de pensar e de sentir a realidade por parte de uma civilização e, em segundo lugar, é concebida como projeto de formação do indivíduo, como ideal educativo a ser transmitido para as novas gerações.” (VIEIRA, 1999, p.61).

História e cultura se misturam, de maneira que “a cultura de uma época é resultado do embate e da interação das concepções de mundo, das experiências e das práticas sociais que perpassam essas diferentes ambiências culturais” (VIEIRA, 1999, p. 62). Entende-se que a sociedade civil, ou seja, a família, a região, a língua, a classe social, a religião, a escola, o trabalho estão postos e constituem os legados na formação do indivíduo na sociedade.

Portanto, quando nos referimos ao lazer no plano cultural, entendemos a cultura como modo de vida, de comportamento de um indivíduo, grupo ou sociedade, em que estão postos os modelos, as representações e os valores que formam as camadas do campo cultural. Estas camadas representam os níveis de conhecimento técnico, prático, artístico e filosófico, que variam de acordo com os indivíduos, as classes e as sociedades. Portanto, conforme explicita Dumazedier “todas as atividades da vida cotidiana, reais ou fictícias, podem constituir a base de uma tal vida cultural e ainda serem o suporte de um desenvolvimento cultural” (DUMAZEDIER 2001, p.143).

O desenvolvimento cultural nos remete novamente a questão anteriormente tratada acerca da postura que o indivíduo assume em relação à atividade de lazer que pratica:

Para um homem que trabalha, constitui uma atividade de lazer qualquer participação ativa na vida cultural, isto é, toda atividade de criação ou de compreensão de um produto cultural, independente de sua natureza. Esse tipo de participação entra em concorrência permanente e direta com todas as outras atividades de lazer em especial com as ligadas ao descanso e à recreação. (DUMAZEDIER, 2001, p. 142).

Nesse sentido, salientamos o caráter da ação educativa no campo do lazer, como refere Marcellino (2001), a educação para o lazer, por meio do estímulo ao desenvolvimento de uma consciência crítica, pode ser um instrumento de defesa contra a homogeneização de padrões e comportamentos, incentivados pela indústria cultural, por meio dos meios de comunicação de massa. Esta interface também pode contribuir para que as pessoas vivenciem um lazer criativo, ligado ao elemento de humanização, detonador de práticas que incidam sobre a sua qualidade de vida.

O lazer pode apresentar um duplo caráter educativo: como veículo e como objeto de educação. Trata-se de um veículo de educação, quando possibilita o desenvolvimento pessoal e, também, social a partir do incentivo às relações de sociabilidade, relaxamento, prática ou contemplação que contribuam para a compreensão da realidade. O aprendizado se dá, tanto na produção, quanto no consumo não-conformista, crítico e criativo. O lazer como objeto de educação vincula-se a necessidade de difusão de seu significado, esclarecimento da sua importância e do incentivo a sua participação, de forma que possa contribuir para o desenvolvimento ou aperfeiçoamento de uma área bastante polêmica, que é a do lazer.

Portanto, a possibilidade de gerar e vivenciar novos valores e ter condições de contestação crítica sobre a realidade, o lazer deve ser caracterizado como oportunidade de desenvolvimento social, cultural, crítico, de criatividade, de enriquecimento pessoal, de sensibilidade e de oportunidades de conhecimento.

Assim, o desenvolvimento de atitudes favoráveis para o lazer a partir da educação assume uma perspectiva de ação cultural democratizante, por meio da participação comunitária e da animação sociocultural. Para Marcellino isto significa “acelerar o processo de mudança que possibilitará a instalação dessa nova ordem no plano cultural” (MARCELLINO 2001, p. 80).

A animação social de acordo com Arregui e Wanderley “é herdeira da educação popular e de valores como o acesso igualitário à cultura” (Arregui e Wanderley, 2006, p. 9). De acordo com Gillet (2006) o campo da animação socioeducativa foi definido na França, pela Secretaria da Juventude e Esportes, em 1969, mas se nessa época tratava-se de um conceito que guardava uma perspectiva de promoção social, a partir de atividades que objetivavam uma educação global e permanente, na atualidade o conceito toma novos contornos.

Ainda, de acordo com Arregui e Wanderley (2006) na França a animação sociocultural vincula-se a perspectiva da conquista da cidadania pelos grupos sociais desfavorecidos, sendo a intervenção dos animadores socioculturais presente tanto nas áreas da educação, cultura, lazer, turismo e esportes, quanto em espaços de formação nas comunidades.

Para Gillet (2006) é necessária a compreensão do termo tendo em vista a interação entre seu pólo axiológico, heurístico e praxiológico. Isto quer dizer que os valores apoiados sobre uma reflexão filosófica e ética sobre a posição do ser humano na sociedade e de uma “política do sujeito” devem convergir para uma apropriação do saber no campo das ciências humanas e sociais por parte do animador para que possa garantir uma relação permanente entre teoria e prática, que possibilite aperfeiçoar os modelos de intervenção na realidade tendo em vista transformá-la.

Nesse sentido, como afirma Marcellino, a atuação dos animadores deve estar engajada ao movimento de democratização cultural, sendo a aproximação com o povo fundamental. A ação visa atender aos interesses culturais da população, considerando as diferentes variáveis: renda, sexo, faixa etária e os estereótipos que inibem a participação no lazer. Desse modo, o animador pauta sua atuação no estímulo e orientação para que o tempo de lazer se transforme em tempo de criação e fruição de práticas culturais ativas.

O conjunto de proposições aqui apresentadas oferece importantes contribuições para enfatizar que o lazer, contemplado numa perspectiva cultural, contribui para o desenvolvimento humano e social. Tendo em vista o caráter educativo do lazer, no próximo capítulo, trataremos de refletir como a promoção da saúde pode se beneficiar do lazer, como uma estratégia de educação em saúde. A escassez de discussão na literatura acerca desta

problemática é que nos leva a compreender o objeto de estudo a partir de um contexto empírico. Ou seja, é a partir da realidade vivida no cotidiano de uma população, que vivencia processos de exclusão social, visto suas características socioeconômicas e de inserção habitacional numa região de alta vulnerabilidade social, que caracterizaremos a seguir, é que se dará a apropriação teórico-prática do objeto de estudo.

4. O LAZER COMO DIMENSÃO DA PROMOÇÃO DA SAÚDE ENTRE AS CLASSES SUBALTERNAS: UM ESTUDO DE CASO NO DISTRITO DE ITAQUERA – ZONA LESTE DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

Os estudos que procuram demonstrar a importância do potencial educativo das atividades de lazer para a promoção da saúde são bastante escassos. Procuramos realizar uma pesquisa bibliográfica em diferentes fontes, mas são poucas as publicações que nos oferecem uma reflexão mais aprofundada acerca desta problemática. Por isso é que este capítulo se dedica a compreender o objeto de estudo a partir de um estudo de caso, realizado em Itaquera, uma das regiões mais excluídas do município de São Paulo.

Antes mesmo de entrarmos nos apontamentos empíricos do objeto de estudo, traremos aqui a contribuição de algumas referências que entendemos ser importantes para refletirmos sobre as possibilidades e formas de trabalhar a promoção da saúde a partir da prática do lazer.

Peres et al. (2005), em estudo realizado em Manguinhos, região marcada pela pobreza e pela desigualdade, localizada na Zona Norte da cidade do Rio de Janeiro, procurou compreender os significados e valores que os líderes comunitários atribuem ao lazer, à cultura e ao esporte, tendo em vista a implantação nesta região de uma política de Desenvolvimento Local (DL) e de Promoção da Saúde. Esta ação política provocou uma revitalização da vida associativa e um intenso debate acerca das demandas presentes nas comunidades, em que lazer, cultura e esporte apareceram como forte demanda das lideranças comunitárias. Foi, portanto, do lazer e da cultura como demanda social, política pública e dimensão importante dos projetos de melhoria da qualidade de vida e da saúde, que foi realizado este estudo, a partir da utilização de questionários, entrevistas semi-estruturadas e observação participante.

Verificou-se nesse estudo que embora fossem caóticas as condições estruturais e físicas do local de moradia, isso foi reconhecido pela metade dos sujeitos estudados como uma questão prioritária. O estudo revelou que o lazer e a cultura fazem parte e são entendidos como necessidades reais, frente à situação social de exclusão, num contexto de violência e falta de oportunidades.

Nesse sentido, as crianças e os jovens aparecem como sujeitos centrais, em que lazer e cultura são atividades retratadas como iniciativas, que possuem clara importância para a aquisição de valores morais e capacidade de se modificar a percepção das crianças e jovens sobre a vida, de forma a afastá-los do mundo da violência.

A pesquisa permitiu compreender a ação dos representantes comunitários de Manguinhos na área da *cultura, esporte e lazer* por meio de diversas atividades, como capoeira, futebol, dança, música, teatro, cinema/vídeo, vôlei, passeios, fotografia, cursos e palestras. Em geral, estas atividades se caracterizam não só por conversas diretamente relacionadas à atividade em si, mas a um conjunto de representações, valores, crenças, em que estão presentes temas ligados à educação, saúde, disciplina, respeito, confiança e ética. Assim, os autores perceberam a existência de um potencial pedagógico embutido nessas atividades, já que identidades e uma certa ordem moral podem ser reforçadas ou (re)construídas (PERES et al 2005, p.762).

Portanto, o lazer e a cultura nestas comunidades, predominantemente representam a possibilidade de se superar certa passividade, tendo em vista o potencial reflexivo ou transformativo que estão presentes nas atividades.

Os autores concluíram que as lideranças comunitárias possuem um papel importante de “mediadores culturais”, estabelecendo pontes e criando condições para “ampliar e fortalecer laços com a sociedade inclusiva, através da promoção de valores ligados à cidadania e ao combate à desigualdade social” (PERES et al 2005, 762). Estas lideranças são agentes de transformação, uma vez que, procuram indicar caminhos e promover projetos que visem transformar trajetórias.

Portanto, se pensarmos questões como expectativa de vida, desconforto, incapacidade, participação nos cuidados com a saúde, comportamentos saudáveis, satisfação, entenderemos, a partir do estudo realizado por Peres et al., que lazer e cultura merecem figurar na agenda de desenvolvimento social e de promoção da saúde.

De acordo com os autores, a contribuição desse artigo está no fato de ressaltar o papel das lideranças comunitárias como mediadores e de destacar que lazer, esporte e cultura são assuntos fundamentais na dinâmica comunitária e na implementação de programas sociais e

de saúde. A análise apontou justamente para o fato de que iniciativas nas áreas de lazer, cultura e esporte possuem centralidade no fortalecimento da cidadania e de redes de solidariedade. Tais iniciativas possuem um potencial de sociabilidade que amplia o campo de possibilidades, abrindo caminhos e opções, diante das dificuldades do contexto social. Além disso, agregariam, através da mediação cultural, valores simbólicos, reconstituindo identidades e relações que ultrapassam em certo sentido os campos do lazer, do esporte ou da cultura propriamente ditos. Deste modo, atividades culturais e de lazer merecem figurar na agenda de desenvolvimento social e de promoção da saúde.

Numa outra perspectiva, o estudo realizado por Mendes, Neto e Júnior Pereira (1996), trata de avaliar as contribuições da implantação do Programa de Integração Comunitária em uma Unidade Básica de Saúde, localizada em Ribeirão Preto, interior do Estado de São Paulo. Este Programa tinha como objetivo ampliar as funções da Unidade Básica de Saúde (UBS), em termos de lazer e recreação, a partir de atividades físicas, recreativas e aulas de educação em saúde. Para manter a motivação, os grupos eram remanejados, de forma que participassem das três atividades durante a semana. Chegaram a participar das atividades 225 adultos.

A partir dos depoimentos dos participantes sobre as atividades, colhidos diariamente pelos organizadores do programa, os autores questionam as políticas e as ações dos serviços de saúde ao atuarem somente no interior das UBS e tratarem quase que exclusivamente dos aspectos biológicos, o que parece não se aproximarem das necessidades da população.

Nesse sentido, entendem que a manutenção do modelo curativo centrado na biologia e no hospital não é adequada para compreender, interpretar, explicar e resolver amplos aspectos relacionados à saúde e à doença, fazendo transparecer, segundo os mesmos autores,

[...] a dificuldade dos profissionais da saúde em realizar um trabalho articulado com outros profissionais, num intercâmbio de saberes, uma vez que de um modo geral, eles sentem-se inteiramente responsáveis por uma saúde, que deveria ser vista como a possibilidade de desenvolver habilidade de vida, autoconceito e habilidades sociais e, também se preocupar com a intervenção através de amplos recursos políticos, legislativos, fiscais e administrativos” (MENDES, NETO E JÚNIOR PEREIRA 1996, p. 125).

Assim, os autores entendem que a promoção de saúde abrange alguns aspectos da saúde pública atual, no que diz respeito ao atendimento especializado nas Unidades Básicas e referentes aos cuidados com estilo de vida e o meio ambiente, o que abre espaço para uma

atuação multidisciplinar, devendo atuar levando-se em conta a cultura do grupo social, alimentação, habitação, renda, acesso e posse de terra, crenças, valores e vida espiritual.

Isto, portanto, requer a aquisição de habilidades dos profissionais nos campos da sociologia, da antropologia, da comunicação, da epidemiologia, entre outros.

Um outro aspecto apontado pelos autores relaciona-se à oportunidade que a implantação, de programas de natureza recreativa e física, oferece à população, ou seja, de um maior desenvolvimento de participação comunitária. Consideram que isso contribui para a organização familiar e comunitária, possibilitando aquisição de um maior controle sobre sua vida e saúde. Com isso, visualiza-se a possibilidade de se constituir uma sociedade mais sensata, justa e humana, o que deve chamar a atenção para o papel do profissional da área da saúde que, como as instituições, necessitam refletir sua concepção de mundo.

Numa outra perspectiva, Padilha (2006) propõe uma reflexão tendo em vista as mudanças no mundo do trabalho, nas últimas décadas, que ganharam expressão a partir dos anos 80, quando avançaram a abertura econômica, a disseminação das políticas neoliberais, as privatizações e o processo de reestruturação produtiva. Segundo a autora, a nova organização do trabalho e da produção resultou em intensificação do ritmo de trabalho, no trabalho polivalente e na expansão do trabalho terceirizado e para, além disso, em outras formas de exploração, que descumprem a legislação vigente, tendo em vista, as Consolidações das Leis do Trabalho (CLT), a Constituição Federal de 1988 e o Estatuto da Criança e do Adolescente, que se referem ao prolongamento da jornada de trabalho, a recorrência do trabalho infantil e as condições de empregabilidade com fortes traços de trabalho escravo em zonas rurais brasileiras e em oficinas de costura clandestinas na cidade de São Paulo.

Nesse sentido, a autora, ao relacionar trabalho e saúde, afirma que a produção capitalista *rouba energias físicas e espirituais* do trabalhador, que não apenas dilapida sua saúde, mas encurta o seu tempo de vida. Baseada, nos estudos marxianos, refere que “o trabalhador nada mais é que força de trabalho durante toda existência”, o que implica que todo o seu tempo disponível está voltado para a lógica capitalista, sendo considerado futilidade o “[...] tempo para a educação humana, para o desenvolvimento intelectual, para o preenchimento das funções sociais, para o convívio social e para o tempo livre de domingo” (MARX apud PADILHA, 2006, p. 59).

Tecendo trabalho, lazer e saúde, em suas reflexões, Padilha conclui que “a luta pela ampliação do tempo livre das amarras impostas pela lógica do capital e pela redução da jornada de trabalho sem redução de salários” (PADILHA, 2006, p. 74), exige que a sociedade procure conhecer e tome consciência dos problemas sociais que a afetam, indo a fundo aos seus determinantes, “participando de movimentos sociais, de sindicatos, educando e sendo educado cotidianamente”. Assim, reforça que embora a atuação individual contribua, é no plano coletivo que estas mudanças devem ser empreendidas.

Tomando esses estudos como base, percebe-se que embora os sujeitos e o objeto de estudo da pesquisa sejam diferentes, existe uma convergência em relação à temática do lazer e da saúde, tendo em vista as questões da promoção da saúde e da qualidade de vida e a importância da participação comunitária e a necessidade de articulação entre as políticas sociais. Assim, o desenvolvimento de uma política intersetorial mostra-se necessária, frente às questões que estão relacionadas à saúde, dentre as quais a violência, a situação de habitação e trabalho e as oportunidades de melhoria de vida. A figura das lideranças comunitárias é imprescindível quanto ao seu papel como mediadores culturais que em conjunto com outras forças comunitárias presentes tendem a fortalecer uma agenda comum, estimulam e intensificam a participação social e a sociabilidade e ao mesmo tempo impulsionam a capacidade organizativa.

Assim, a necessidade do fortalecimento e consolidação da cidadania através da ampliação do acesso e do debate político, se prioriza com a negociação entre diversos atores e a participação popular na definição da agenda e nas diversas instâncias de tomada de decisão. Afinal, “cidadania, democracia e direitos, mesmo quando confrontados com desigualdade, miséria e exclusão social, revelam o caminho possível da luta política e da busca de autonomia” (PERES et al, 2006, p. 767).

Nesse sentido, estes estudos nos oferecem subsídios para ampliar a discussão acerca do caráter pedagógico do lazer, no plano cultural, para a promoção da saúde entre as classes subalternas e é nesta perspectiva que apresentamos o nosso estudo de caso no distrito de Itaquera, que será a seguir caracterizado.

4.1. A ITAQUERA DOS SUJEITOS DA ZONA LESTE E A INSERÇÃO DA CLÍNICA NOSSA SENHORA APARECIDA: DESVELANDO O LÓCUS DA PESQUISA DE CAMPO

4.1.1. AS HISTÓRIAS DE ITAQUERA

O município de São Paulo é dividido em 95 distritos administrativos e 28 fazem parte da Zona Leste, onde residem 30% do total da população do município. Itaquera faz parte da Zona Leste 2, onde se localizam 15 distritos administrativos: Cangaíba, Cidade Líder, Cidade Tiradentes, Ermelino Matarazzo, Guaianases, Iguatemi, Itaim Paulista, Itaquera, José Bonifácio, Lajeado, Parque do Carmo, Penha, São Miguel Paulista, Vila Curuçá e Vila Matilde. Na Zona Leste 1 encontram-se os distritos de: Aricanduva, Arthur Alvim, Belém, Mooca, Parque São Lucas, Sapopemba, São Mateus, São Rafael, Tatuapé, Vila Carrão, Vila Formosa e Vila Prudente.

Até 1920, Itaquera pertencia ao bairro de São Miguel, assim como outros distritos: Guaianases, Ermelino Matarazzo e Itaim Paulista, que se desmembraram de São Miguel nos anos de 1929, 1959 e 1980, respectivamente.

Assim, até 1920 a história de Itaquera se incorporou às experiências do extenso bairro de São Miguel e embora haja muitos pronunciamentos sobre a fundação do bairro, o século XVII se tornou o marco do início da povoação da região com a reforma da Capela de São Miguel, em 1622, por brancos.

A história da Zona Leste poderia ser contada pelos povos indígenas, os quais foram os primeiros ocupantes desta terra. A Aldeia *Ururáí*, ficava localizada nas terras de São Miguel e os índios *Guaianás* eram seus legítimos donos. Esta história remonta o século XVI, mas o acervo do Centro de Educação Ambiental do Parque do Carmo contempla imagens de tribos e habitações indígenas que datam de 1918. Isso quer dizer, que a presença dos povos indígenas resistiu por mais de quatro séculos. Existiam ainda outras tribos que ocupavam a região, formada pelos índios *Caaguassu* e *Itaquerus*. Percebe-se que a influência indígena está na denominação mais tarde dos bairros de Itaquera e *Guaianases* e da Fazenda *Caaguassu*, que

posteriormente passou a ser denominada Fazenda do Carmo (no século XX, recebeu uma imagem de Nossa Senhora do Carmo e inspirou a mudança do nome *Caaguassu* para Fazenda do Carmo). A própria etimologia da palavra Itaquera, faz referência ao seu passado, uma vez que possui origem tupi-guarani e significa *pedra dura* ou *pedra para dormir* (CORREA, 2002).

De acordo com Rodrigues (1988) a expulsão dos índios da região se deu por diferentes motivos, dentre os quais se pode destacar: a) exploração de ouro no Ribeirão Baquirivu; b) expansão dos pastos e terra para lavoura e c) escravização dos índios.

O processo de desmembramento das terras indígenas teve início em 1722, quando os religiosos Carmelitas, pertencentes a Ordem Terceira do Carmo Fluminense, provenientes do Rio de Janeiro, tornaram-se os novos proprietários da Fazenda *Caaguassu*:

Na tentativa de se utilizar da religião para ajustar os nativos indígenas aos seus interesses, os carmelitas acabaram gerando inúmeros conflitos de ordem político-cultural, uma vez que, acostumados ao trabalho nas lavouras, onde produziam o necessário para o consumo, não se adaptaram ao trabalho configurado nos moldes europeus, o que culminou no abandono gradativo das terras e na conseqüente migração dos índios para outras regiões (CORREA, 2002, p.55).

Bastante interessante é um trecho reproduzido de um depoimento obtido por um pesquisador na Biblioteca do Centro de Educação Ambiental do Parque do Carmo que retrata este panorama sem perspectivas para as tribos da Aldeia de São Miguel do Ururáí:

Irmãos conversando rápido como o lumiar do raio, filho do trovão, em cobertura grande, um dia aqui chegaram e deram para nós índios maços de papel para rezar. Cahagoassu orava com fervor de esperança e de olhos fechados como irmãos mandavam. Ciciavam preces de irmãos de roupa e cabelos longos... índios viram luar subindo alto. Irmãos disseram pra índios ter fé ser obedientes. Lua e Sol depois, olhos abertos, Cahagoassu tinha rolo de papel na mão. Mata Grande estava nas mãos dos irmãos falantes rápido. Cahagoassu, triste caminha pro Sul, humilhado por juntar Guanás... (SILVA, apud CORREA, 2002, p.56).

O núcleo urbano de São Miguel foi motivado, por um lado, pela inauguração da estação de trem em 06 de novembro de 1877 e, por outro lado, pelo início da divisão em lotes das terras de *Caaguassu*, um processo impulsionado pelos carmelitas, que propiciou, em 1913, a formação das primeiras vilas.

A população, que ali começou a erguer suas casas, construiu uma capela em louvor à Santa Ana, que acabou dando nome a uma parte da região, ou seja, Vila Santana. Outra influência na região foi a venda de terras da *Caaguassu* à Companhia Carmozina, que passou a denominar o bairro Vila Carmozina.

Junto à origem de diversas fazendas e loteamentos residenciais deu-se a ocupação da região por portugueses e, posteriormente, por japoneses (RODRIGUES, 1988).

A maior parte das terras da Fazenda do Carmo foi comprada pelo Coronel Bento Pires de Campos, em 1919, que se dedicou a produção de hortifrutigranjeiros e tornou-se o maior exportador da cidade, com a instalação da Companhia Comercial Pastoril e Agrícola. Optou pela ampliação de seus negócios perpetuando o desmembramento de suas terras, o que resultou na intensificação de loteamentos residenciais e na ampliação de vilas.

Atraídos pela elevação do potencial agrícola da região, a Colônia Japonesa, em meados de 1920, instalou-se na região, e tornou-se uma das maiores fornecedoras de hortifrutigranjeiros da região, sob organização do agrônomo Tsunejiro Ishibashe. Em 1925, se inicia o loteamento de parte da Fazenda e são construídas casas que abrigariam as famílias japonesas que chegavam de todo o Estado. Data de 1932 o cultivo de morango, uva e pêsego, cuja colheita passou a ser comemorada durante muitos anos. A primeira festa ocorreu nos dias 24, 25 e 26 de novembro de 1949 e tornou-se de tal importância para a região que nomeou uma das principais avenidas da região, a Avenida Jacu-Pêssego (CORREA, 2002).

Uma nova organização da terra vai reduzindo os nativos aos aldeamentos. Os moradores brancos e mestiços se dedicavam a lavoura de subsistência, gado e cana-de-açúcar.

O processo migratório de Nordestinos e pessoas vindas do interior de São Paulo marca a expansão desta periferia, a partir de 1920, tendo em vista busca de melhores condições de vida e trabalho na cidade de São Paulo e a dificuldade de estabelecer moradia no centro da metrópole. Outro fator determinante para desenvolvimento de São Miguel foi a instalação da Companhia Nitro Química, em 1945, que modificou significativamente as características sócio-demográficas da região, já que após seis anos de atuação, contava com 4.000 trabalhadores.

Outro fato histórico localiza-se na exploração de minérios, que marcou a região. A estrutura geológica constituída por rochas do tipo cristalino foi terreno fértil para a instalação de pedreiras e esta foi a principal área empregadora da população de Itaquera por mais de 30 anos. Quando as Pedreiras começaram a fechar, a partir da década de 70, o desemprego se tornou a principal preocupação na região, pois as pessoas que ali trabalhavam não tinham estudo.

Observa-se que o contingente populacional da Zona Leste II, que na época era composta por São Miguel, Itaim Paulista, Itaquera, Guaianases, e São Mateus, segundo Rodrigues (1988), baseado em dados do IBGE (censos de 1960/70/80), apresentava um crescimento acelerado que, em 20 anos, saltou de 196.167 habitantes, em 1960, para 1.252.239, em 1980, representando 14,7% do total da população do município de São Paulo.

De acordo com Correa (2002), o período entre 1920 e 1950 foi promissor para o setor agrícola de Itaquera, trouxe inovações nas técnicas de cultivo com a chegada dos japoneses, que atraíram a atenção de investidores para a região, mas o uso irracional do solo reduziu drasticamente a produção, ocasionando a dispersão dos produtores e muitas fazendas sendo fechadas e vendidas.

A venda da Fazenda do Carmo para o engenheiro Oscar Americano, em 1951, apresentava um panorama bastante promissor para o investimento imobiliário na região.

Tendo como pano de fundo o cargo de presidente na Companhia Brasileira de Projetos e Obras, Oscar Americano atraiu investidores disponibilizando grande parte de sua Fazenda para loteamento residencial, oferecendo “todos os requisitos modernos da técnica urbanística”. As ruas asfaltadas chamaram a atenção da comunidade local, assim como a promessa de outras melhorias, como água e esgoto, que não chegaram a se concretizar.

Este cenário coincide com a crise da habitação enfrentada na década de 40, em razão da Lei do Inquilinato, criada pelo governo Federal, que estabelecia o congelamento do aluguel e normatizava as negociações entre proprietários e inquilinos. A população que sofreu ações de despejo foi impulsionada a ocupar as áreas periféricas da cidade e a região Leste foi quem mostrou a maior expansão da mancha urbana, destacando-se em particular, São Miguel e Itaquera, que nos anos 50 é contemplada com a chegada da luz elétrica (COSTA, 1999).

Nesse sentido Itaquera passou a ser conhecida como “bairro-dormitório”, em razão do estabelecimento de moradias precárias e de autoconstruções que se desenvolveram por pessoas que trabalhavam no centro da cidade. Todavia, formou-se um contingente de trabalhadores que passou a sofrer as conseqüências do deslocamento, tendo em vista a escassez e a ineficiência do transporte público. Os núcleos urbanos se comunicavam por meio da Estrada de Ferro Central do Brasil, cujo percurso só foi melhorado com a abertura da Radial Leste, na década de 60.

Mesmo com os grandes empreendimentos que se fazem na região desde a década de 70, tendo em vista o incremento de linhas de ônibus, a criação e ampliação das estações de metrô e trem e reformas na principal ligação terrestre Leste-Oeste, a Radial Leste, se mantém o estigma da região, que concentra o maior contingente de trabalhadores que dependem do transporte coletivo para se deslocar até o trabalho, gastando até quatro horas para ir de casa para o trabalho e vice-versa (CORREA, 2002).

Outro fator de grande relevância para a migração da população para esta região se deu por conta do Projeto de Assentamento Habitacional a partir da década de 60, iniciado com a construção de habitações populares, pela Companhia Metropolitana de Habitação de São Paulo (COHAB), na Gestão do prefeito Faria Lima em 1965. Mas a intensificação deste projeto se dá na gestão de Olavo Setúbal, que tinha como preocupação “ordenar o desenvolvimento da cidade”. Só em Itaquera, em sua gestão, foram construídas 30 mil unidades habitacionais populares. Até 1997, a Zona Leste concentrava 70% dos conjuntos habitacionais construídos em São Paulo, perfazendo um total de 450 mil habitantes, num total estimado de 90.192 prédios populares (CORREA, 2002).

Se por um lado, a COHAB representava a solução para o problema de moradia da região, conseguindo atender a demanda populacional de baixa renda, esperançosa em exercer o direito de moradia e minimizando a ocupação espontânea de terrenos com autoconstruções, por outro lado, a demanda de equipamentos sociais na região, como creches, escolas, transportes, postos de saúde, áreas verdes e espaços de lazer não acompanharam o impulso das construções e da concentração de pessoas na região (CORREA, 2002).

A criação do Parque do Carmo foi em parte uma tentativa de resposta do poder público às demandas da população e, de certa forma, uma garantia para a manutenção do crescimento imobiliário da região.

Assim, com a morte do empresário Oscar Americano, em 1974, embora haja controvérsias nesta história, os herdeiros decidiram por oferecer a aquisição da Fazenda do Carmo à Prefeitura, que a tornou de utilidade pública em 08 de março de 1976. Foi na época a maior desapropriação da história de São Paulo, ao que se refere a uma área de aproximadamente 60 alqueires, 1.500.359 m². No decreto para a criação do parque sobressaem questões relacionadas à saúde e ao lazer (CORREA, 2002).

Com a pretensão de Olavo Setúbal em adensar a Zona Leste, garantindo a concentração populacional na região, a defesa pelo verde passa a fazer parte das suas campanhas de gestão da cidade.

No entanto, neste momento de intervenção urbana, uma avalanche de reivindicações por melhorias no bairro de Itaquera se torna mais expressiva na década de 70, destacando-se vários agentes propulsores que emergem da comunidade, configurando um amplo movimento social na região, tendo em vista várias frentes de lutas, cujas experiências são lembradas pela “luta contra as carências” (COSTA, 1999).

Vale ressaltar que a Zona Leste traz a primeira referência de manifestação reivindicatória que remonta o século XIX, com a introdução da mão-de-obra italiana no bairro industrial do Brás, representando o maior contingente de força de trabalho da época. Portugueses e espanhóis detinham força nos sindicatos, onde existiam poucos brasileiros. A tradição da luta operária na Europa espalhou experiências no Brasil (CARREIRA, 1997).

Nesse ínterim, destaca-se em Itaquera as lutas operárias da Nitro Química, que segundo Rodrigues:

A partir da instalação da Nitro Química, já demonstrado anteriormente, há um crescimento populacional formidável, o que irá influir sobremaneira na formação das características da região estudada, como uma região pobre e operária, de grande densidade populacional e carente de recursos públicos e equipamentos coletivos, tornando-se uma região propícia a emergência das lutas populares por melhoria da qualidade de vida da população. (RODRIGUES, 1988, p. 34).

As Sociedades Amigos de Bairro (SAB's) podem ser consideradas, junto com a luta operária, uma das modalidades mais antigas de participação, que adquiriu maior significado a partir de 1940 e amplitude em 1955. Este tipo de associativismo tinha como objetivo servir de canal entre as demandas da população e os interesses do poder público, mas ainda representava pouca força como movimento social, geralmente sofrendo intervenções e controle de políticos vinculados ao governo e partidos conservadores (RODRIGUES, 1988).

As SAB's sofreram forte influência das práticas clientelistas do regime político populista e eram freqüentemente identificadas como espaço de manipulação política, sendo as conquistas feitas pelos moradores, utilizadas como plataforma de campanha para muitos políticos: “as SAB's espalharam-se pela cidade, funcionando ora como espaço de assistência ao morador, ora como comitê político em momentos eleitorais” (CLEMENTE, 1998, p.66).

Com o regime militar se instaurou uma verdadeira perseguição aos movimentos políticos de oposição e a presença da Igreja Católica foi de fundamental importância ao aglutinar os movimentos sociais que eclodiam na região. No período pré e pós-ditadura a Igreja abriu espaço para discussão e organização dos grupos populares que problematizavam as injustiças do regime e a exploração do capital:

Desde o Concílio Vaticano II, de 1962, orientado pelo Papa João XXIII, já havia um posicionamento da Igreja a favor de uma prática voltada à realidade das comunidades pobres [...] em 1967, sob orientação do Papa Paulo VI, a Encíclica *Popularum Progressio* afirmava a necessidade de a Igreja olhar com mais atenção para a América Latina, no sentido da sociedade civil se conscientizar a respeito do engajamento na luta pela superação da miséria e da injustiça social [...] Os Bispos latino-americanos mais preocupados mergulharam em suas dioceses em um trabalho silencioso e persistente na construção de uma Igreja popular e na propagação das CEB's (CLEMENTE, 1998, p.72)

Foi relevante o papel das Comunidades Eclesiais de Base (CEB's), criadas no contexto da Teologia da Libertação, que buscavam engajar leigos nas atividades paroquiais, contribuindo para humanizar uma periferia que resultou dos interesses do capital. De acordo com Clemente (1998), as CEB's colocaram a população nas ruas, deram voz ao povo, que reivindicava a repartição do bolo em partes iguais, ao mesmo tempo em que estreitaram a relação entre a vizinhança, fortaleceram a solidariedade e a importância de se ter direitos.

De acordo com Rodrigues (1988), a chegada do Bispo da Episcopal São Miguel, D. Angélico Sândalo Bernadino, a partir do ano de 1975, instaura-se esse processo de transformação que já vinha ocorrendo na Igreja Católica, impulsionando as lutas e reivindicações da região. Em 1976 já havia alguns embriões das CEB's.

O final dos anos 70 retratou um período de efervescência de lutas populares, sendo muitas reivindicações vitoriosas, se destacando (RODRIGUES, 1988):

- “O caso da Porteira de Artur Alvim”: após o choque entre um trem da Central do Brasil e um ônibus, matando 20 pessoas e ferindo outras, o Bispo reuniu 32 mil assinaturas, divulgando uma carta denúncia, lida nas missas dominicais, na qual dava um prazo para a prefeitura de 30/60 dias para colocar porteiros e sinalizações nas estações, do contrário as igrejas iriam fechar as suas portas e sentariam na linha de trem, onde houve o acidente, por todo o dia. A reivindicação foi vitoriosa.

- “Equipe Regional de Direitos Humanos” – a Pastoral mobilizou as comunidades tendo em vista as necessidades locais mais urgentes, criaram uma equipe de Direitos Humanos, que elencou como prioridades para a Zona Leste: custo de vida; saneamento básico e moradia. Em 1979 conseguiram colocar na cadeia os donos da imobiliária Rochedo que lesou mais de 300 famílias e criou um braço jurídico, com apoio voluntário de advogados, assistentes sociais, religiosas e padres que acompanhavam mais de 35 loteamentos clandestinos. Essas lutas se seguiram até a criação da Pastoral da Terra e do Movimento dos Sem-Terra, que se constituiu num dos movimentos mais expressivos da Leste.

- “Movimento do Custo de Vida” – assumido pelas SAB's, CEB's, Partidos clandestinos e grupos autônomos, a luta pelo saneamento básico foi expressiva em várias localidades da Zona Leste, a exemplo a conquista da regularização da água encanada na Vila Curuçã.

- “Luta da Lagoa, do Lixão e do Porto da Areia” – A Associação das Donas de Casa, junto com a Igreja Católica conseguiram que Prefeitura aterrassse a lagoa do Burgo Paulista, foco de contaminação e mortes. Em 1980 ocorreu a conquista da retirada do lixão, entre os limites de Guarulhos e a Vila Aymoré. O local, um porto de areia, passava a ser foco de doenças quando, ao serem removidas as areias, o aterro fora substituído por lixo jogado pela população e pela própria prefeitura e empresas contratadas. A luta que durou por volta de quatro anos foi vitoriosa em 1980, após muita pressão, que envolveu abaixo-assinados, reuniões nas casas, assembléias com autoridades estaduais e federais, criação de material informativo e reportagens em jornais.

Em Itaquera, ainda se destacam as lutas populares pela retirada do lixão do Parque do Carmo, entre 1984 e 1992, que contou com o apoio de médicos sanitaristas e resultou na transformação da Mata em área de proteção ambiental (APA – Lei Nº 6.409/1989)²², e pela construção de postos de saúde e escolas, cujas conquistas vieram ao longo da década de 90, mas de forma mais intensa nos anos 2000, sendo percebidas temporal e espacialmente juntas, a ação da Pastoral Católica e os movimentos populares. Na gestão petista (89-92), da prefeita Luiza Erundina, foi dada a devida atenção a questão da educação ambiental, sendo construído um Centro de Educação Ambiental no Parque do Carmo, sendo aí desenvolvidos e estimulados trabalhos em conjunto com escolas e setores da saúde.

Visto o incentivo governamental dos anos 70 para o incremento do Lazer Esportivo, em 1979 iniciam-se as construções do SESC Itaquera, que é concluído em 1992. Os Parques se constituem nas principais possibilidades de lazer da região, dentre os quais estão: o Parque do Carmo, o Parque do Piqueri e o Parque Raul Seixas, os quais oferecem atividades culturais para população, por intermédio da Secretaria de Cultura do Estado da Prefeitura e de ONGs, as quais se proliferaram na região, procurando oferecer respostas às demandas da população. Possui forte expressão e tradição a Obra Social Dom Bosco, que foi uma resposta da Igreja Católica ao enfrentamento das questões sociais da região. Focou suas atividades entre os jovens, que representavam 50% da população de Itaquera e que comandada pelo Padre Rosalvino Moran Vinãyo há 25 anos, hoje atende aproximadamente 6 mil jovens em várias frentes, sendo grande parte conveniada à Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social e alguns trabalhos realizados em conjunto com a Secretaria Estadual de Cultura.

Essa extensa vivência coletiva de participação, resultou num traço comum entre os moradores da Zona Leste, que é o da percepção ao direito de exercerem a sua cidadania, por meio da constatação que a situação em que vivem é humilhante, degradante e desumana, e que a junção de esforços com outros agentes sociais, como a igreja, as associações e movimentos populares se revela como a principal saída para se ter assegurado a sua condição de sujeitos sociais de direitos.

²² Faz parte da Área de Preservação Ambiental: COHAB (860 hectares), divididas em 3 glebas denominadas Fazenda Nossa Senhora do Carmo, do Pêssego e Propriedade COHAB. Dentro da gleba da Fazenda NSC existem a Usina de Compostagem e o “aterro sanitário” (6 hectares) e a Indústria de Metal Astro (2 hectares). Ainda fazem parte o SESC (35 hectares) e o Parque do Carmo (155 hectares) (COSTA, 1999)

O acúmulo de lutas populares que marcam a trajetória dos moradores da Zona Leste por melhores condições de vida, compõe a imagem da construção de uma consciência crítica coletiva, que irá imprimir na política de saúde brasileira as principais marcas da participação popular no setor, tornando o Movimento de Saúde da Zona Leste um dos principais e tradicionais agentes interlocutores entre a sociedade civil e o poder público. O resultado mais expressivo deste processo é a instituição dos Conselhos de Saúde, que desempenham um papel de altíssima importância em todos os distritos da cidade de São Paulo, tendo em vista o controle da *coisa pública*.

O Movimento de Saúde da Zona Leste é a unificação, em 1983, de várias frentes de luta pela saúde: Associação das donas de Casa, Pastoral da Saúde, CEB's, Grupos de Médicos; Comissões de Saúde nas Vilas, SAB's, entre outros, e tem como marco o I Encontro das Comissões de Saúde e Conselhos de Saúde em Itaquera, ocorrido nos dias 18 e 19 de março de 1983. Foi a partir deste Encontro que se organizou uma caravana envolvendo 3 mil pessoas e 68 ônibus, que em pequenos comboios chegaram a Av. Dr. Arnaldo e chamaram a atenção da sociedade para suas reivindicações. A extensa pauta de reivindicações resultou em negociações tensas e demoradas. Ainda que não se possa afirmar que todas as reivindicações foram atendidas e que todos os participantes da luta tenham mantido uma participação ativa no Movimento, a presença do Movimento de Saúde da Zona Leste marcou todos os Encontros de Saúde, Assembléias e Conferências, representando uma luta incessante pela construção de Centros de Saúde, formação de Conselhos de Saúde e implantação de Hospitais Municipais.

4.1.2. A ITAQUERA DE HOJE

O distrito de Itaquera está localizado na Subprefeitura de Itaquera, que possui 54,3 Km² e congrega outros três distritos administrativos: Cidade Líder, José Bonifácio e Parque do Carmo, que juntos somam 489.502 habitantes, representando 4,69% do total da população do município de São Paulo.

Itaquera é o distrito que possui o maior número populacional, 201.512, sendo 48,28% do gênero masculino e 51,72% do gênero feminino. Neste distrito predominam as pessoas na

faixa etária entre 25 e 49 anos, ou seja, 76.240 (37,83%), seguido das que possuem de 15 a 24 anos, que somam 40.235 (19,97%). Com mais de 50 anos são 28.011 habitantes (13,90%). A renda média familiar do distrito de Itaquera é de 7,97 salários mínimos, sendo a renda per capita de 2,11 salários mínimos. A maior parte da população deste distrito possui renda domiciliar per capita de 1 a 2 salários mínimos (31,34%), seguida de 17,64% cuja renda é de 2 a 3 salários mínimos. Se somados os intervalos de 0 a $\frac{1}{2}$ e $\frac{1}{2}$ a 1 salário mínimo, são 28,59% da população do distrito de Itaquera que encontram-se nesta condição de rendimento (IBGE, 2000).

As mulheres que são responsáveis pelos domicílios neste distrito chegam a 14.427, ou seja, 27% do total de chefes de família. Em relação à escolaridade, a maioria, 19.419 pessoas responsáveis pelo domicílio no distrito de Itaquera possuem de 4 a 7 anos de estudo, representando 36,34% que não chegaram a completar o ensino fundamental. Apenas 2.559 pessoas têm mais de 15 anos de estudo (4,79%), aqui considerado um nível alto de escolaridade (IBGE, 2000).

Dentre o total de habitantes deste distrito, 17.009 pessoas com mais de cinco anos de idade não é alfabetizada e dentre a população idosa 23,48% estão nesta condição. No quesito violência, o distrito de Itaquera tem uma taxa de homicídio juvenil de 169,01 para cada 100 mil habitantes, sendo a taxa de homicídio geral de 108 para cada 100mil habitantes (IBGE, 2000). Dentre as cinco principais causas de morte na Subprefeitura de Itaquera em terceiro lugar encontram-se as mortes relacionadas a homicídio (PMSP, 2004).

Em relação à Subprefeitura, o distrito de Itaquera se destaca por possuir a menor renda per capita, o maior número de pessoas com mais de cinco anos não alfabetizada e a maior quantidade de mulheres chefes de família.

Na condição de habitação, 38.735 (72,48%) possuem domicílio próprio (IBGE, 2000), existindo uma forte predominância de Conjuntos Habitacionais (COHAB e CDHU) e, no ano de 2000, 23.345 pessoas residiam em favelas (PMSP, 2000). Na Subprefeitura de Itaquera encontram-se 48 favelas e é no distrito de Itaquera onde se concentra o maior número deste tipo de habitação. Enquanto a taxa de crescimento populacional anual da população em

favelas, nesta Subprefeitura, é de 5,74%, no município de São Paulo é de 2,97%²³. Dados referentes à infra-estrutura revelam que 99,39% dos domicílios possuem rede geral de abastecimento de água, 88,42% possuem esgotamento sanitário em rede geral e o lixo é coletado na maioria dos domicílios, 99,80% (IBGE, 2000).

Portanto, são estas referências sócio-demográficas e econômicas que fazem de Itaquera uma região em que predominam os mais elevados índices de exclusão social, registrando -0,54, de Desenvolvimento Humano, que chega a 0,476 e de vulnerabilidade social, destacando-se índices que variam entre vulnerabilidade média, alta e muito alta.

A estrutura de bens e serviços na Subprefeitura de Itaquera, ainda, é bem precária. O fortalecimento do pólo industrial de Itaquera foi criado oficialmente pelo governo em 2004, mas apenas 16 indústrias conseguiram obter os incentivos para empreendimentos na Zona Leste. Nesse sentido ao longo das últimas décadas, a região vem perdendo muitas indústrias, atraídas pelos benefícios e isenções fiscais de outros municípios.

A Região Leste caracteriza-se pela forte presença de movimentos sociais, tendo a área da saúde uma intensa atuação histórica. A organização da comunidade, através dos Conselhos de Saúde, favoreceram lutas com relevantes conquistas voltadas à implementação de equipamentos de saúde e estratégias de atenção, em regiões onde não existem serviços públicos de saúde ou são precários, como é o caso do Programa Saúde da Família (PSF). Pioneiro em 1996, o Qualis-Qualidade em Saúde se tornou uma referência na área e contou com a parceria entre a Secretaria de Estado da Saúde e da Casa de Saúde Santa Marcelina. Como demonstra a tabela abaixo, a taxa de cobertura populacional é de 11,60%, mas Itaquera possui déficit de -3,06% em equipamentos de saúde, segundo dados do IBGE(2000). A Associação Santa Marcelina possui forte presença na área da saúde na Zona Leste, onde contribui com a saúde da população, por meio de três hospitais referências, sendo a Casa de Saúde Santa Marcelina, em Itaquera, de propriedade da Congregação, cujo atendimento é em sua maioria conveniado ao SUS e é a principal referência de saúde da comunidade, envolvendo urgência, emergência, internação e ambulatório. Já outros dois hospitais se constituem como Organização Social (OS) e se localizam no Itaim Paulista e na Cidade

²³ Fonte: Secretaria da Habitação e Desenvolvimento Urbano/PMSP e Companhia de Processamento de Dados do Município de São Paulo (PRODAM), Base Cartográfica Digital das Favelas do Município de São Paulo, 2000

Tiradentes. É também importante apontar sua atuação na área da saúde, em Itaquaquecetuba, onde a Congregação opera outra OS.

TABELA 1. AÇÕES DE SAÚDE

Nome do Programa	Número de Equipes Itaquera	Taxa de Cobertura (%)
Saúde da Família	17	11,60

Fonte: Secretaria Municipal da Saúde /PMSP, dezembro de 2003

TABELA 2. EQUIPAMENTOS DE SAÚDE

Nível de Federação	Número de Hospitais Itaquera	Número de Hospitais MSP	Número de leitos SUS Itaquera	Número de leitos SUS MSP	Número de leitos Total Itaquera	Número de leitos Total MSP
Municipais	1	15	214	2.476	214	2.476
Estaduais	0	31	0	7.580	0	8.732
Federais	0	3	0	978	0	1.236
Privados	2	98	534	6.083	623	14.186

Fonte: Secretaria Municipal da Saúde/PMSP, dezembro 2003

Os números dos leitos referem-se aos existentes nos hospitais.

TABELA 3. COMPARATIVO DE UBSs

Nº UBSs Itaquera	Nº UBSs MSP
21	385

Fonte: Secretaria Municipal da Saúde/PMSP, 2004

Os quadros seguintes demonstram a insignificância de representação de serviços públicos ligados à cultura e ao lazer em Itaquera, um cenário reproduzido por séculos, tendo em vista a ausência do poder público. Os espaços culturais se restringem ao Parque do Carmo, onde pode ser encontrado um museu, que faz parte do Centro de Educação Ambiental e o Planetário, que está fechado por falta de manutenção; o SESC, que possui uma área de 350

mil m² e oferece uma gama de atividades, sendo a maioria aberta para a comunidade; iniciativas da Secretaria Estadual da Cultura, como a Oficina Cultural Alfredo Volpi e o Projeto Guri, que é operacionalizado em parceria com dois pólos: a Obra Social Dom Bosco e a Casa do Cristo Redentor. Também outros projetos da Secretaria Municipal de Cultura são desenvolvidos pro meio de convênio com obras sociais. A população conta com outras formas de lazer, vindas da iniciativa privada, como o Aquário, cujo foco é a comercialização de produtos nacionais e importados para criação e desenvolvimento de peixes e artigos para aquário e o *Shopping Itaquera*, recém-inaugurado, no ano de 2007, que oferece salas de cinema, como opção de entretenimento, mas de forma a introduzir a cultura de consumo na periferia da cidade.

Percebe-se que se trata de uma região bastante carente em termos de equipamento de lazer, cultura e esportes e, atualmente, os Parques vêm apresentando problemas de segurança e falta de manutenção, acarretando prejuízos no acesso da população e causando situações de violência, prostituição e uso de drogas em determinados horários e locais, especialmente no Parque do Carmo, evidenciando o descaso do poder público com esses equipamentos. Registra-se que a terceira principal causa de morte em Itaquera se dá por homicídio (IBGE, 2000).

TABELA 4. EQUIPAMENTOS DE CULTURA E ESPORTE

ÁREA: CULTURA

Tipo de Equipamento	Itaquera	MSP
Biblioteca	4	64
Casa de Cultura/Centro Cultural	2	16
Casa Histórica/Museu	0	12
Teatro	0	8
Total	6	100

ÁREA: ESPORTE

Tipo de Equipamento	Itaquera	MSP

Clubes da Cidade	3	41
Clubes Desportivos Municipais (CDMs)	7	197
Equipamentos Especiais (Estádios, Autódromos, Centro Olímpico)	0	6
Total	10	244

Fonte: Secretaria Municipal de Cultura/PMSP, 2004 e Secretaria Municipal de Esportes, Lazer e Recreação/PMSP, 2003

TABELA 5. MEIO AMBIENTE

Tipo de Equipamento	Itaquera	MSP
Quantidade de Parques	2	31

*Fonte: Secretaria Municipal do Verde e do Meio Ambiente/PMSP, 2003; *Secretaria Municipal do Verde e do Meio Ambiente/PMSP e Secretaria Municipal de Planejamento Urbano/ PMSP - Atlas Ambiental do Município de São Paulo - Fase 1: Diagnósticos e Bases para a Definição de Políticas Públicas para as Áreas Verdes de São Paulo, 2002*

É interessante observar a distribuição do orçamento da Subprefeitura às áreas de atuação. Percebe-se que em relação à média praticada por todas as Subprefeituras do município de São Paulo, Itaquera pratica o orçamento significativamente abaixo da média nas áreas de Manutenção e Infra-estrutura, sendo empregado o maior orçamento na Educação. A área de Cultura possui baixíssimo investimento à vista da irrelevância orçamentária nesta área. Diante desta tabela, fica clara a prioridade da gestão pública na Subprefeitura de Itaquera, em torno das áreas da Educação, Manutenção e Infra-estrutura e Saúde, embora a distribuição do orçamento, mesmo entre estas, seja desequilibrada.

TABELA 6. FINANÇAS PÚBLICAS

FUNÇÃO	%DO ORÇAMENTO DA SUBPREFEITURA	%MÉDIA POR SUBPREFEITURA
Educação	67,46	60,30
Manutenção e Infra-estrutura	15,68	23,18
Saúde	13,44	12,83
Saneamento	1,13	1,74
Assistência Social	1,38	1,20
Desporto e Lazer	0,88	0,61
Agricultura	0,01	0,10
Administração	0,01	0,02
Cultura	0,01	0,01
Gestão Ambiental	0,00	0,00
Comércio e Serviços	0,00	0,00
Total	100	100

Fonte: Secretaria Municipal de Finanças e Desenvolvimento Econômico/PMSP, 2004

4.1.3. A INSERÇÃO DA CLÍNICA NOSSA SENHORA APARECIDA EM ITAQUERA

A Clínica Nossa Senhora Aparecida faz parte dos projetos sociais da Faculdade Santa Marcelina – Unidade Itaquera (FASM/It), embora esteja implantada extramuros. Possui local próprio, um sobrado, bastante amplo compreendendo três andares, onde se encontram no subsolo e no térreo amplos salões onde são desenvolvidas atividades de diversas ordens: pintura, grupos sócio-educativos, atividades físicas, eventos festivos e reuniões. O terceiro andar compõe salas, que servem ao atendimento dos profissionais, equipadas com os recursos que atendam as necessidades de cada profissional, tendo em vista consultas de enfermagem, fisioterapia, nutrição, psicologia e serviço social. Uma sala de aula integra o ambiente, na qual se encontra uma pequena brinquedoteca, lousa e carteiras; onde geralmente são desenvolvidos projetos relacionados à Comunicação e Expressão e grupos sócio-educativos.

As atividades da CNSA localizam-se no Programa denominado “Saúde em Pauta”, cujo objetivo é “Desenvolver ações de promoção e prevenção à saúde, de forma a articular assistência, educação e saúde à população de Itaquera”. Este Programa vincula-se, assim como outros, ao Projeto “Interagindo com a Comunidade Itaquera”²⁴, desenvolvido pela FASM/It.

A CNSA está subordinada à Pró-diretoria Acadêmica e Pró-diretoria Administrativo-financeira da FASM/It, sendo os recursos-humanos formado por: coordenação técnica, assessoria administrativa, apoio administrativo e equipe multiprofissional, que desenvolve atendimentos individuais especializados e de caráter sócio-educativos nas áreas de enfermagem, serviço social, psicologia, nutrição, fisioterapia, medicina, odontologia. A CNSA, ainda, conta com um corpo de voluntariados, dentre os quais destacam-se: professores e alunos da FASM/It, profissionais especialistas e usuários da comunidade.

As atividades da CNSA estão organizadas segundo objetivos específicos, assim como aponta o quadro abaixo:

TABELA 7. PROJETO INTERAGINDO COM A COMUNIDADE ITAQUERA: PROGRAMA SAÚDE EM PAUTA

OBJETIVOS	ATIVIDADES	LOCAL
Desenvolver campanhas de prevenção e comemoração de datas festivas, que possam levar à Comunidade estratégias de atenção à	1) Imunização: Hepatite B, dT e Influenza	CNSA; FASM; SERVIÇOS EXTERNOS
	2) Orientação e promoção à Saúde da Mulher (realização de exames preventivos (citológico; mama); Orientação sobre DST/AIDS; Climatério; hábitos alimentares; práticas de relaxamento e higiene)	CNSA; FASM; SERVIÇOS EXTERNOS

²⁴ A FASM/It possui três grandes projetos guarda-chuvas : 1) Projeto de Desenvolvimento e Motivação aos colaboradores da FASM, em que são desenvolvidas atividades de promoção e prevenção de saúde e de inserção sócio-educacional voltados aos trabalhadores da IES; 2) Projeto de Inserção e Capacitação Sócio-educacional: voltados aos alunos graduandos, são oferecidas várias modalidades de bolsas de estudos e projetos de qualificação e aperfeiçoamento profissional; e 3) Projeto Interagindo com a Comunidade Itaquera: procura reforçar os vínculos Institucionais com os moradores do Distrito de Itaquera, que são caracterizados por uma condição de vida que atinge altos índices de exclusão e vulnerabilidade social, através de programas voltados à saúde individual e coletiva; à cultura; à educação e à capacitação técnica e profissional.

saúde	3) Promoção à saúde do Idoso	CNSA; FASM; SERVIÇOS EXTERNOS
	4) Datas Comemorativas (Dia da Consciência Negra; Páscoa; Dia das Mães; Dia do Idoso; Festa Junina; Dia Mundial de Combate ao Câncer de Mama; Dia Internacional de Combate a AIDS, entre outras)	CNSA; FASM; SERVIÇOS EXTERNOS
Envolver pessoas em atividades com a finalidade de promover um estilo de vida ativo ao adulto e ao idoso; garantir um envelhecimento bem sucedido e melhorar a capacidade funcional	5) Consultas individuais (Enfermagem, Serviço Social, Nutrição, Fisioterapia, Medicina, Psicologia, Acupuntura, Odontologia) 6) Atividades Físicas (ginástica, Lian Gong; relaxamento, dança)	CNSA
	7) Atividades de Cultura e Lazer (passeios, festas, oficinas de artes)	CNSA, FASM, SESC, OUTROS ESPAÇOS DE LAZER/CULTURA
	8) Atividades Socioeducativas (Grupos Educativos)	CNSA
	9) Oficina de Comunicação e Expressão (adultos)	CNSA, FASM
	10) Oficina de Comunicação e Expressão (crianças)	CNSA, FASM
	11) Oficina de Inclusão Digital	FASM
	12) Promoção à Saúde da Mulher (atendimento individual, exames preventivos, grupos educativos)	CNSA
	Promover a Saúde da Criança	13) Avaliação do Crescimento e Desenvolvimento Infantil 14) Atividades Educativas 15) Exame Físico
Atendimento domiciliar (criança/adulto/idoso)	16) Exame Físico 17) Avaliação Nutricional 18) Atividades Educativas; Lúdicas; Físicas 19) Orientação ao Cuidador 20) Reabilitação	DOMICÍLIO DO USUÁRIO
Promover a Cidadania do Idoso	21) Assistência Jurídica 22) Orientação Familiar 23) Encaminhamentos a Benefícios Previdenciários e Direitos Sociais	CNSA

Fonte: FACULDADE SANTA MARCELINA/Itaquera. Projeto Interagindo com a Comunidade Itaquera: Programa Saúde em Pauta. São Paulo, 2008.

Percebe-se pelo quadro apresentado que a CNSA atua de forma integrada à comunidade, articulando diversas atividades com outros espaços, de lazer, de educação e obras sociais. Outra forma de atuação refere-se aos atendimentos domiciliares, os quais são realizados pela equipe multiprofissional, expressando uma intervenção social bastante relevante, uma vez detectada a presença de pessoas acamadas neste distrito, tendo em vista questões relacionadas à dificuldade no deslocamento, baixa continência familiar e precário acesso ao serviço de saúde.

4.2. PERSPECTIVAS PARA O ENTENDIMENTO DO LAZER COMO UMA DAS POSSÍVEIS ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE ENTRE OS USUÁRIOS DA CLÍNICA NOSSA SENHORA APARECIDA

4.2.1. CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL DOS ENTREVISTADOS

Foram convidados a participar da presente pesquisa os usuários da CNSA, sendo privilegiados aqueles que estavam inseridos em atividades que exprimissem referência a temática do lazer. Contou-se, primeiramente, com a decisão voluntária destes sujeitos em participar do estudo, após uma reunião em grupo onde foram explicados os objetivos da pesquisa, e num segundo momento com a participação espontânea nos quatro encontros. Portanto, a participação dos sujeitos não se deu de forma constante nos quatro encontros, o que não nos pareceu prejudicar, uma vez que, cada encontro propunha a discussão de um tema.

Nesse sentido passaram pelos cinco encontros um total de 24 sujeitos, mas somente foi possível caracterizar 22, pois ao realizar o levantamento do cadastro²⁵ dos usuários da CNSA, não foram encontrados dados referentes a dois usuários. Dessa forma, o perfil aqui

²⁵ A ficha de cadastro é um instrumento utilizado pela CNSA para caracterizar o perfil socioeconômico dos usuários quanto a sua inserção nas atividades.

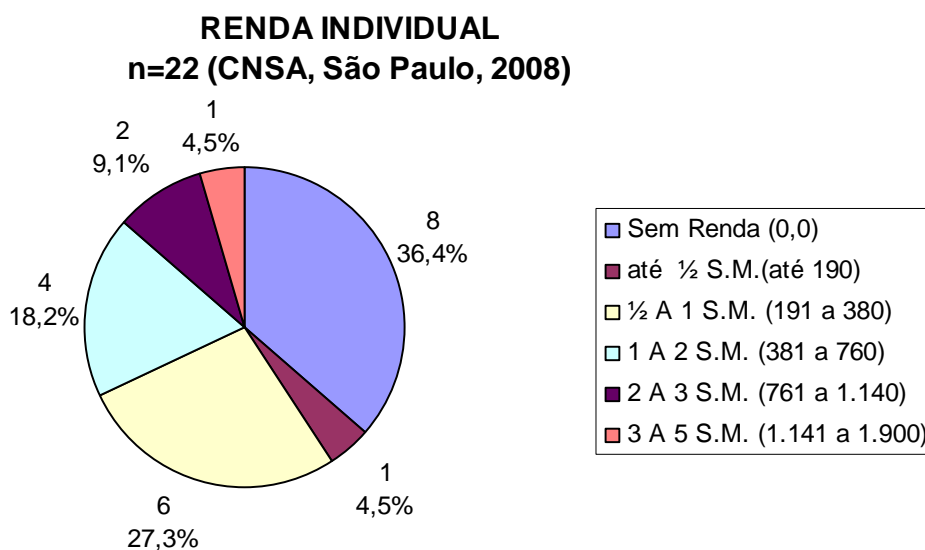
caracterizado contempla apenas o conjunto de usuários, que possuem o devido cadastro na CNSA, totalizando 22 sujeitos.

Todos os entrevistados são mulheres, que possuem idade superior a 25 anos, estando 11 mulheres na faixa etária entre 50 e 64 anos, seis com mais de 65 anos e cinco, entre 25 e 49 anos. O ensino fundamental incompleto foi o maior grau de escolaridade atingido por 17 mulheres, o que demonstra um nível sócio-educacional baixo. Apenas três delas chegaram a concluir o ensino médio e uma o curso superior. Embora, CNSA estimule os seus usuários a voltarem a estudar, oferecendo projetos em Comunicação e Expressão, apenas duas mulheres participam deles.

São mulheres que, em sua maioria, nasceram em São Paulo (11), no entanto, entre elas a ascendência nordestina é predominante. As demais são naturais de estados como Bahia (6), Pernambuco (2), Sergipe (1), Rio de Janeiro (1) e Minas Gerais (1), revelando que uma grande parte destas mulheres (10) é nordestina.

Dentre as 22 mulheres, seis exercem atividade profissional, no entanto sem nenhum tipo de vínculo empregatício, são elas cabeleireiras (3), costureira (1), diarista (1), quituteira (1). São atividades autônomas que não garantem um salário fixo, portanto, são fragilizadas pela instabilidade do dia seguinte. No total 14 mulheres possuem renda individual, que se encontra na faixa de $\frac{1}{2}$ a 2 salários mínimos (10), apenas uma mulher possui renda superior a três SM. Contudo, é importante observar que oito mulheres não possuem nenhuma renda individual, sendo dependentes de familiares, conforme demonstra o gráfico abaixo:

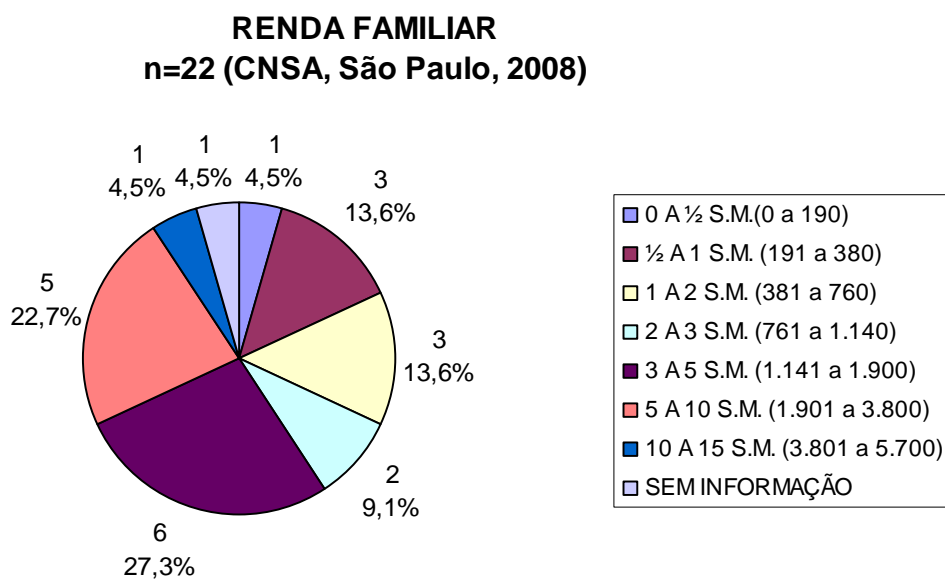
GRÁFICO 1. RENDA INDIVIDUAL



Além do trabalho profissional, outras fontes de renda individual derivam de benefício social (Benefício da Prestação Continuada – BPC), pensão e aposentadoria. Há de salientar que a maioria das mulheres é responsável pelo domicílio.

A renda familiar entre as 22 participantes apresenta uma importante variação, havendo uma predominância na faixa de 0 a 3 salários mínimos (9) e de 3 a 5 salários mínimos (6). Portanto são 15 mulheres que apresentam um rendimento familiar de até 5 salários mínimos. Contudo, é relevante que sete mulheres apresentam renda familiar abaixo de dois salários mínimos. O cálculo da renda média familiar é de R\$1.366,18, perfazendo uma renda per capita de R\$417,79. Isto demonstra que estas mulheres possuem uma renda média familiar bastante abaixo do apresentado pelo IBGE (2000), que registra neste distrito uma média de 7,97 salários mínimos, ou seja, R\$3.028,60. Apenas a renda per capita se fixa entre os parâmetros estabelecidos pelo IBGE (2000), onde a maioria da população de Itaquera possui um per capita entre 1 a 2 salários mínimos (R\$380,00 a R\$760,00)

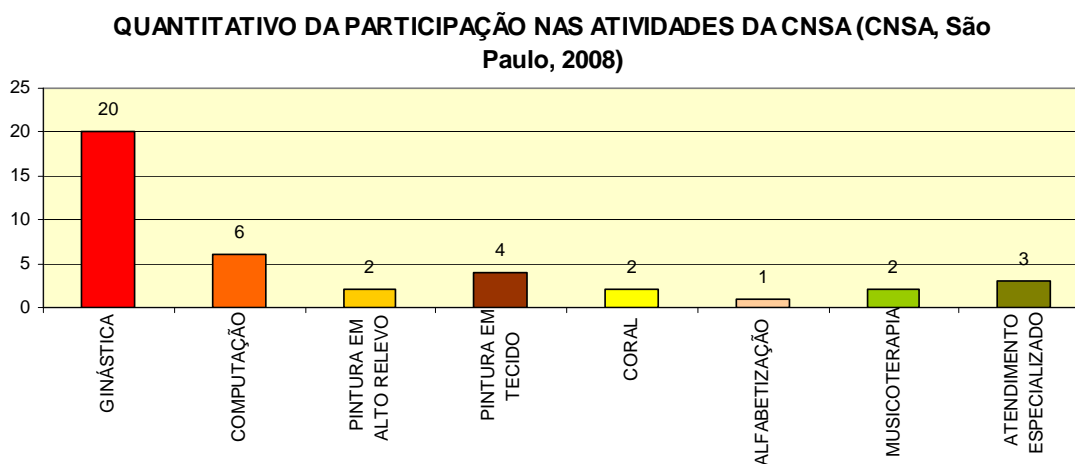
GRÁFICO 2. RENDA FAMILIAR



Em relação à composição familiar, a figura do filho é a que mais aparece, seguida do marido e dos netos. Percebe-se que dentre as 18 mulheres, 10 não possuem uma estrutura familiar dentro dos padrões tradicionais, e isto se dá pela sua condição civil: a maioria é viúva, sendo duas separadas e uma solteira. A média de pessoas na residência é de três indivíduos.

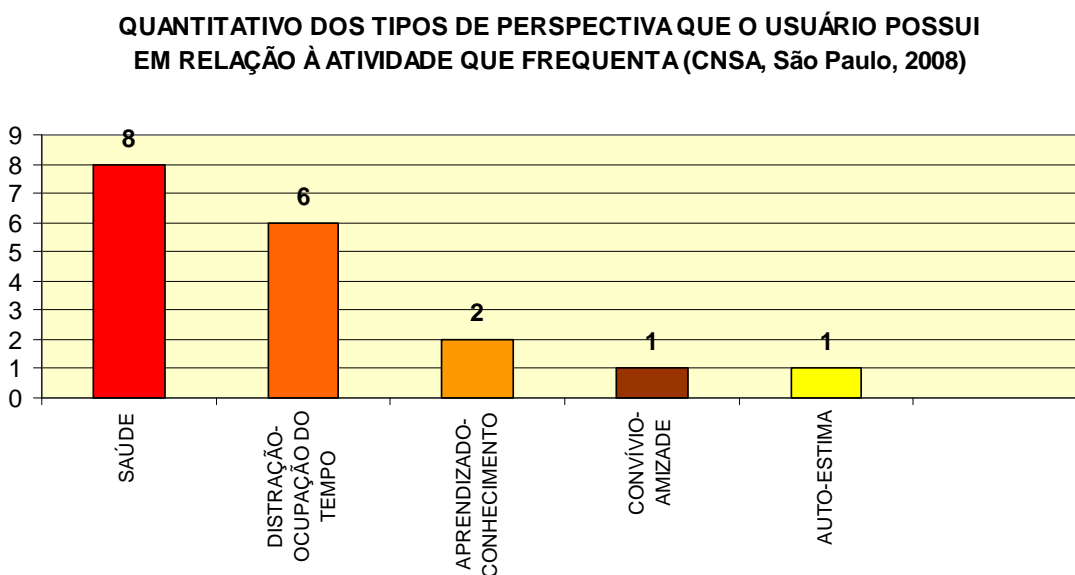
Na CNSA há uma predominância, entre essas mulheres, em participação nas atividades físicas (20), aparecendo também o interesse pelos projetos de pintura (6) e de informática (5), conforme aponta o gráfico abaixo:

GRÁFICO 3. QUANTITATIVO DA PARTICIPAÇÃO NAS ATIVIDADES DA CNSA



Percebe-se que a questão da saúde vincula-se a inserção destas mulheres nas atividades da CNSA, seguida da necessidade de ocupar o tempo e obter convívio com outras pessoas.

GRÁFICO 4. QUANTITATIVO DOS TIPO DE PERSPECTIVA QUE O USUÁRIO POSSUI EM RELAÇÃO À ATIVIDADE QUE FREQUENTA



Percebe-se pelos dados das participantes aqui apresentadas, que seu perfil se caracteriza por mulheres, moradoras do distrito de Itaquera, sendo a maioria natural de São Paulo, com forte predominância nordestina. São elas responsáveis pelo domicílio e integram uma família cuja composição não segue os padrões da família nuclear burguesa. Entre aquelas

que trabalham, a atividade profissional não se dá no mercado formal. Por não possuírem nenhum tipo de vínculo empregatício, está ausente qualquer estabilidade e outras garantias sociais e previdenciárias. O rendimento familiar e a escolaridade são baixos. Atualmente freqüentam as atividades da Clínica Nossa Senhora Aparecida e o principal projeto de inserção é o da atividade física. São questões relacionadas à saúde, a distração ou ocupação do tempo que levam estas mulheres a participarem ativamente do Programa Saúde em Pauta (FASM/CNAS) e, portanto, se caracterizam em sujeitos desta pesquisa, cujos depoimentos, abaixo analisados, revelam, de forma qualitativa, a importância do lazer na saúde de pessoas, que entendemos fazer parte do que viemos a chamar classes subalternas.

4.2.2. O LAZER ENTRE OS USUÁRIOS DA CLÍNICA NOSSA SENHORA APARECIDA E AS PERSPECTIVAS PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE

Ao darmos início aos grupos focais, procuramos por meio de uma dinâmica de apresentação criar um ambiente que favorecesse nossos encontros. Realizamos um aquecimento, em que as participantes se apresentaram em dupla, sendo cada pessoa apresentada pela outra. As pessoas ficaram livres para relatar ao seu par o que desejassem. Predominantemente, falaram sobre seu estado civil e a composição familiar, sempre relatando o afeto presente: “tem cinco filhos que são ótimos”; “sofreu muito com o marido”; “vive bem com o marido”; “teve muito problema com o marido”; “gosta muito da família dela”; “sua família é maravilhosa”.

Ainda na apresentação, a maioria das participantes demonstrou importância em apontar características individuais: “é prestativa”; “gosta de ajudar”; “é tímida”; “é comunicativa, falante”; “tem altos e baixos”; “é uma pessoa boa”; “é uma simpatia de pessoa, meiga, delicadinha”; “é feliz”; “é muito divertida, alegre”. Outro dado levantado foi referente à situação de trabalho: “já trabalhou, agora cuida da casa”; “é voluntária”; trabalhou na creche do Santa Marcelina, mas agora está aposentada”; “é técnica de enfermagem, está a caminho da aposentadoria”.

O lazer aparece naquilo que gostam de fazer, no entanto, as participantes relatam de uma forma genérica: “gosta de sair”; “...de passear”; “...de se divertir”. Outras atividades que as participantes apontam estão ligadas ao lazer com baixo ou que não possuem custo, como caminhar, dançar e participar das atividades da clínica. Há também relatos incluindo atividades relacionadas à casa, como “gosta de limpar a casa com o rádio no último volume, dançando”; “gosta de cozinhar”.

Logo, neste primeiro contato com o grupo, percebeu-se que foi dado maior significado a questões vinculadas ao lar e a qualidades individuais, em que o trabalho aparece como categoria relevante. Ao se referirem sobre o que mais gostam de fazer, ora aparecem situações de lazer que possam ser propiciadas no próprio bairro, ora demonstram dificuldade para caracterizar uma atividade, permanecendo um discurso genérico.

É interessante observar que este aquecimento propiciou, além das participantes se conhecerem melhor, o reconhecimento de experiências de vida em comum. Mesmo pelo fato destas participantes já se conhecerem, este momento fortaleceu alguns vínculos, uma vez que favoreceu um espaço de maior interlocução, ao demonstrarem interesse e solidariedade sobre a trajetória de vida do outro.

Os depoimentos foram analisados a partir de três eixos temáticos: a) Representações sobre o lazer; b) Postura e atitude frente à prática do lazer e c) Percepção do lazer para a promoção da saúde. Assim, não reproduzimos as dinâmicas dos grupos focais (apêndice 2), pois foram privilegiados os relatos, que trouxemos na íntegra. Os participantes não foram identificados. Entendemos que os depoimentos ilustram experiências, as quais se relacionam com toda reflexão teórica que tecemos até aqui. São as vozes de representantes das classes subalternas que estão aqui presentes e que esta pesquisa tratou de escutar e compreender frente ao nosso objeto de estudo.

4.3. EIXO 1: REPRESENTAÇÕES SOBRE O LAZER

Compreendemos que o mundo das representações pode reproduzir conhecimentos já existentes, mas pode ser revelador. Nesse sentido, procuramos levantar a visão de mundo que as participantes do grupo possuem em relação ao lazer. Para tanto, pedimos que verbalizassem uma situação de lazer que já vivenciaram, em alguma fase da vida. Assim, foram compartilhadas com o grupo, predominantemente, vivências do passado vinculadas à família, à casa, ao trabalho, à infância, estando presente eventos festivos e novas descobertas:

“passei um Natal muito feliz com o meu noivo, almoçamos embaixo de uma mangabeira”.

“eu me lembro uma vez que eu fui pra praia, tinha 13 anos de idade, nunca tinha visto a praia, nossa quando olhei aquela imensidão de água, eu sai pulando que nem louca. Depois eu me senti assim uma idiota. Porque assim né que escândalo por causa de uma praia e isso me marcou muito, 13 anos, achei que fiquei muito escandalosa, mas ao mesmo tempo muito feliz”.

“eu vim da Bahia, tinha 16 anos, viajei oito dias de trem, minha mãe fez uma farofa, aí quando cheguei aqui fiquei na casa da minha tia, aí depois de uma semana fui trabalhar em casa de família. Aí quando vi a televisão eu queria mexer lá, mas não tinha como ir lá, porque a patroa estava com a filha dela vendo a novela e todo dia eu ficava curiosa. Aí um dia a patroa foi ao banheiro, a filha saiu e eu corri, fui lá pegar o homem e cadê o homem e o vidro não deixou eu pegar”.

“quando eu fiz minhas bodas de prata, de 25 anos, os meus filhos me fizeram uma surpresa, fizeram a festa e depois deram o motel, que eu nunca tinha ido na minha vida. Quando eu entrei lá dentro eu não sabia nem o que fazer, meu marido ligou a hidromassagem e eu fiquei assim, o que é isso? então foi lindo esse dia, muito marcante”.

“o lazer que eu tive com meu filho, eu aproveitei o máximo que eu pude, me diverti, ia pra festa, viajava, todos os lugares que eu ia ele me acompanhava”.

“quando eu trabalhava em uma firma, que tinha aquelas festonas da firma, era um momento de lazer que eu passava, muito bom”.

Os depoimentos também são caracterizados pela descrição de uma vida simples tida na infância. Tratam-se de situações de lazer que são descritas a partir de um cotidiano marcado pelas brincadeiras de criança, geralmente no campo ou na roça, que se encontram completamente ausentes de qualquer influência do lazer de consumo, que hoje permeia o comportamento da sociedade urbana, onde, segundo Marcellino (2008), a indústria cultural

imprimi um novo comportamento às práticas de lazer que, antes baseadas na satisfação que emanam, se relacionam àquilo que se consome. Os depoimentos assim retratam:

“eu lembro que meus irmãos montavam arapuca para pegar as rolinhas e depois fritavam e comiam sozinhos e não dividiam comigo. Então eu soltava as rolinhas deles. Eu me lembro também que tinha uma mangabeira bem alta, aí eu subi com o maior sacrifício, quando eu cheguei perto da manga tinha uma cobra, era uma cascavel, eu me lembro que eu descí tão rápido, se demorei uma hora pra chegar lá, descí em dois minutos e meus pais falavam, não sobe lá porque tem cobra”.

“quando eu era criança eu aprontava, era bem bagunceira, eu e minhas primas ia pra escola e tinha a casa de uma senhora, era bem velhinha, ela e o marido. Ai todo dia a gente batia na casa dela e pedia água pra ela, todo santo dia e tinha uma outra senhora, a gente não gostava dela, e as outras meninas passava na porta dela batia e corria. Um dia ela estava colhendo feijão e uma menina grandona jogou areia lá dentro, assim pela janela e caiu no feijão dela, ai quando nós corremos pra dar a volta, ela estava lá em cima já esperando a gente. Não deu nem pra fugir, ai eu nunca esqueço, toda vez que eu passo em frente a casa dela eu me lembro tudo que aprontei. Ai mais mocinha o que mais me marcou é que a gente reunia todo mundo e ia no rio, porque no interior não tinha onde ir, então ia nadar com toda aquela turma e tinha rádio na pracinha, a gente ficava escutando e ficava oferecendo a um amigo. Ai quando eu escuto uma música vem aquela praça todinha na minha cabeça”.

Outros depoimentos revelam a associação de lazer a eventos ligados à família, que retratam um movimento de reforçar os vínculos familiares:

“uma das coisas que me marcou muito e ainda marca é quando saía com meu esposo e as crianças e a gente ia para o parque do Carmo, ficava lá a tarde toda. Isso marca muito porque era uma coisa de lazer que era muito difícil tempo atrás e hoje em dia a gente faz muito”.

“minha maior felicidade foi o nascimento do meu casal de bisnetos, hoje eles têm sete anos, o menino joga futebol e quando ele entra em quadra é a coisa mais linda do mundo. Ele já ganhou dez medalhas e quatro troféus”.

“eu vi o parto da minha neta e peguei ela, hoje ela está com um aninho”.

“meu momento de lazer é estar junto com a minha família que a gente se curte muito. A gente faz um churrasco, um arroz com feijão, já é motivo de festa. Então o meu momento de lazer é minha família, que a gente está sempre juntos, a gente bagunça muito. Pra mim é também minha neta, o nascimento da minha neta, é muita alegria que eu tenho”.

Por outro lado, o lar também aparece no discurso como espaço do não lazer, com conteúdo negativo, pois é nele que a realidade social se concretiza: “lazer pra mim é passear,

viajar, curtir a vida, porque quando a gente chega em casa os pensamentos voltam tudo”; “basta eu sair da minha casa, pra mim é um lazer”.

A partir destes relatos solicitamos que verbalizassem o que então seria lazer. Neste momento foi gerado um silêncio, umas olhavam para as outras parecendo solicitar uma pista, até que alguém se pronunciou relacionando o lazer ao seu momento de vida atual, tendo em vista as atividades da CNSA: “a ginástica é um lazer pra mim, a *decoupage*, os passeios”. Na seqüência outras participantes associam lazer a viajar, a passear, a estar com a família, a fazer um churrasco, a dançar. Assim, entendemos que a representação que as participantes possuem de lazer está relacionado não a um conceito ao qual possa ser imprimido um significado, mas a uma atividade, algo que possa ser realizado e que gere prazer.

Sobre essa questão, de acordo com Gutierrez (2001), é a expectativa da realização de algo prazeroso, que distingue o lazer de outras atividades sociais e lhe confere especificidade.

Conforme relato de uma das participantes em que o lazer é “não pensar em nada, porque quando a gente chega em casa, os pensamentos voltam tudo”, isto nos faz compreender que o lazer é uma saída, uma busca de alternativa, um atalho necessário para esvaziar o cotidiano que é demasiadamente desgastante: “vai da busca de uma simples e amena sensação de conforto até à esperança de vivenciar sensação tão intensa e arrebatadora que pode enterrar qualquer vestígio de racionalidade” (GUTIERREZ, 2001, p. 14).

Dando continuidade às atividades do grupo, ao solicitarmos que escrevessem num pedaço de papel um desejo de lazer e socializassem ao grupo, observamos que desejar ou pensar em algo que fosse prazeroso para estas pessoas pareceu ser um movimento de difícil execução e isto foi notado também no exercício de perceber as semelhanças entre os desejos de lazer entre elas, assim como atribuir um sentimento para aquilo que desejassem.

Logo, quando iniciaram seus relatos, o desejo de lazer veio acompanhado do que, dificilmente, poderia ser concretizado, tendo em vista o fator financeiro. A viagem ao nordeste esteve presente na maioria das falas, sendo até mesmo questionado por uma das participantes: “não sei porque vocês largam lá e vem pra cá [...] elas são tudo de lá, não estou entendendo”. Percebe-se que este retorno é motivado pelo desejo de recordar o passado, tendo em vista a superação de uma condição social de quando ali moravam, caracterizada pelas dificuldades

que possuíam as famílias envolvendo trabalho, moradia, alimentação. Este desejo foi vinculado pelas participantes a sentimentos de alegria, amor, felicidade, emoção, paz.

Ao refletirmos sobre as atividades turísticas que tem ganhado significado cada vez maior no contexto da indústria cultural, sendo motivado a partir de diferentes apelos pelos meios de comunicação de massa, é importante atentar para aquilo que promove a aspiração dos turistas, uma vez que, o turismo como lazer pode também repercutir no desenvolvimento social e cultural do indivíduo. Como refere Marcellino:

Longe de ser considerado simplesmente uma futilidade, ou “um desfile superficial por lugares diferentes”, o turismo pode e deve ser entendido como uma atividade cultural de lazer, oportunidade de conhecimento, de enriquecimento da sensibilidade, de percepção social e experiências sugestivas. (MARCELLINO, 2008, p.74):

Portanto, entendemos que o turismo deve ser entendido frente ao interesse que o envolve. Para as participantes do grupo, percebe-se que ora vincula-se ao interesse social, de rever parentes, amigos, ora vincula-se ao artístico, ao desejar contemplar a beleza e conhecer novas paisagens.

Cabe ressaltar que se por um lado, apenas uma das participantes apontou um desejo de lazer mais factível, frente a sua realidade social, ao desejar ir ao Mosteiro de São Bento, por outro lado trata-se para a mesma de um desejo cujas condições de saúde que possui a impede de se locomover até o local. Portanto, podemos perceber que o lazer, mesmo que impedido por uma questão financeira ou de saúde não deixa de ser desejado.

Ao procedermos a uma reflexão com o grupo, acerca das possibilidades de lazer na região, uma das participantes mobilizou-se a dizer: “se tudo isso pode agradar a gente por que fomos tão longe”, de certa forma reconhecendo que seus desejos de lazer faziam parte de um lazer idealizado.

Contudo, Gutierrez (2001) nos chama atenção para que o lazer envolve expectativas, pelo fato de estar relacionado ao prazer, ou seja, uma contradição que dificilmente pode ser resolvida, entre a busca de felicidade e a real inserção no contexto social, que, geralmente, está vinculada a busca de suprir as necessidades básicas do dia-a-dia. Nesse sentido o mesmo

autor afirma que “a realização do princípio do prazer termina subordinada às exigências da convivência em comunidade” (GUTIERREZ, 2001, p.19)

Parece-nos que é nesta perspectiva que aparecem outros desejos relatados como, “ir para um SPA”, “viajar com o Roberto Carlos no navio”, “conhecer o Cristo Redentor”. Nesse ínterim, torna-se importante, mais uma vez, compreender o interesse que envolve tais desejos ou se apenas são impulsionados pelos apelos da mídia e de uma sociedade que se forma e se afirma baseada no consumo, sem que qualquer postura mais crítica se constitua.

Entre o lazer sonhado e aquilo que é objetivado no cotidiano desses sujeitos, partimos para reflexão acerca das possibilidades de lazer no território. Interessante foi verificar que, ao serem indagadas sobre o que Itaquera oferece de oportunidades de lazer, uma das participantes tão logo, espontaneamente afirmou: “nada”. Isto nos remete a pensar que esta fala ora pode estar representado por um sentimento de vazio sobre o que a região oferece, como repercussão do que trabalhamos em torno do que é desejado, ora pode representar a percepção concreta, que embora estejam presentes algumas possibilidades de lazer, Itaquera está longe de oferecer aquilo que lhes interessa como oportunidade de lazer.

Ao refletirmos acerca desta questão uma das participantes demonstrou-se indignada pela ausência de reconhecimento do lazer em Itaquera: “Não gente, eu não concordo, Itaquera tem muita coisa boa”, sendo a partir daí mencionadas por outras participantes alguns espaços de lazer, como o aquário, o SESC, o Shopping de Itaquera, o Parque do Carmo. É interessante também observar que o lazer vem associado à história da região, sua constituição, as conquistas, as melhorias e a valorização imobiliária de Itaquera:

“eu tinha 35 anos quando vim morar aqui, na rua do Quintiliano, a rua era de terra, não tinha ônibus, não tinha metrô, não tinha nada, feira, tudo longe, mercado...”.

“só para vocês lembrarem, no meu tempo era horrível, agora você desce a minha rua e ali tem o a Banco Itaú, o Bradesco, tudo perto da minha casa, tem uma padaria maravilhosa que reformaram, aqui está bonito, o Santa Marcelina, melhor hospital... eu moro aqui há 23 anos, quando chovia a gente tinha que levar dois sapatos, um no pé outro na sacola, por causa do barro.”.

“Itaquera tá muito bom, nossa..., as casas pra vender ta um absurdo, não tem quem compre, está 120 mil, 150, por causa do metrô e do shopping, que abriu agora, ta um absurdo”.

“tem uma coisa especial lá (no Aquário), que eu duvido que alguém saiba, há mais de 30 anos vem gente de muito longe tomar sangue de carpa. Tinha um japonês lá que era médico, antigamente não tinha aquilo que tem agora (comércio varejista de peixes), era um negócio mais fechado, isolado, não tinha nada, agora até estacionamento estão cobrando, uma mina de dinheiro”.

“sabe onde tinha ali aqueles bailes, nós dançamos naquela colônia, agora é aquário, mas era colônia, nós dançava. Tinha a festa do Pêssego, mas acabou tudo, faz muitos anos que não tem”.

Na medida em que a discussão do grupo progride, o entendimento sobre a sensação de ausência de lazer em Itaquera passa a ser contextualizado num lazer que é repetitivo, degradado, onde estão presentes disputas políticas e inserido numa região que não traz segurança e está presente a violência urbana.

“sempre é muito cansativo, sempre os mesmos lugares. Eu não me culpo que não oferece coisas legais pra gente, até oferece, mas está sempre no mesmo lugar. Eu gostaria de ir em outros parques, outros lugares, outros shoppings”.

“o planetário eu fui umas cinco, seis vezes, não tinha ninguém dessa área [fala referente à população de Itaquera], passavam na frente do SESC e iam para o Parque do Carmo, mas não entravam, muita gente não conhece o planetário, está fechado, porque deixaram quebrar, a má administração deixou quebrar aquelas cadeiras maravilhosas, deixou estragar os equipamentos, parece que rachou o teto. É como o [José] Serra falou, esse povo não merece ter um negócio bonito num lugar desse. E ele demorou pra inaugurar, porque a Marta [Suplicy] fez mas ficou aquele jogo de política, então muita gente entrou no meio e aí inaugurou, mas com má vontade, tanto é que estavam os dois, a Marta e ele, como se fosse ele que fez, mas a telefônica que deu o prédio todinho, igual o que tem no Ibirapuera, só que a má administração quebrou”.

“o que você não agüenta mais aqui é assalto, já me pegaram no portão da minha casa”.

“só que hoje evoluiu tanto que lá embaixo estão roubando as casas, ninguém tem mais sossego”.

“lá [no Parque do Carmo] tinha bastante macaco, mico, morreram tudo. Macaco roubaram. Até hoje não sei porque tiraram a cerca da lagoa, é muita gente se afogando. Tem pouco guarda”.

De acordo com as contribuições de Marcellino (2008), a resposta do poder público para as questões que envolvem os equipamentos de lazer, nem sempre precisa estar direcionada para a criação de novos espaços, mas na recuperação e revitalização dos espaços, caracterizada por uma gestão na perspectiva da garantia do exercício dos direitos sociais: “a ação democratizada precisa abranger a conservação dos equipamentos já existentes, sua

divulgação e incentivo à utilização, através de políticas específicas, e a preservação e revitalização do patrimônio ambiental urbano”.

Percebe-se nos depoimentos que quando interrogamos sobre as possibilidades e oportunidades de lazer no território de moradia, predominaram nos discursos referências de equipamentos específicos de lazer, como: parque, aquário, *shopping* e até mesmo a CNSA. Vale ressaltar que os relatos não trazem conteúdos de lazer no que se refere aos equipamentos não-específicos de lazer, como o lar, a escola, a rua, o centro esportivo, casas de cultura, nem ao menos dão ênfase a vivências de lazer no território. Ao contrário do que ocorreu quando no início dos grupos trabalhamos os momentos marcantes de lazer, que os sujeitos vivenciaram em alguma fase da vida, quando falavam do lazer na infância, com a família e nas praças públicas. Nesse sentido, Marcellino (2008) aponta a necessidade de serem criadas políticas de animação, a fim de que o espaço urbano possa ser utilizado com criatividade, motivando a comunidade a descobrir as potencialidades de lazer da região e otimizando a ocupação dos equipamentos não específicos de lazer, de forma a romper com a ausência de informação e participação da comunidade. Nesse sentido a promoção do desenvolvimento social e cultural, por meio do lazer torna urgente, ações que democratizem o acesso, a informação e o espaço urbano para o lazer.

Uma outra perspectiva de representação sobre o lazer vincula-se a condição socioeconômica, transparecendo uma subordinação do lazer ao suprimento de necessidades básicas:

“eu não vou pra outros shoppings mais chiques, eu não tenho dinheiro, nem carro pra pagar o estacionamento. Eu adoro teatro, mas não vou porque eu não tenho dinheiro, se eu tivesse dinheiro eu ia pro teatro todos os dias”.

“quando você vai para tomar um sorvete, passear, andar é legal, mas quando você quer comprar e não tem dinheiro pra comprar, aí...”.

“muitas vezes o dinheiro que você tem em casa é pra fazer uma feira, eu tenho um filho especial e gasto um dinheiro grande com remédio”.

Ao realizarmos uma dinâmica em que cada participante pegava aleatoriamente uma filipeta que continha um convite para vivenciar uma situação de lazer, pedíamos para que cada uma dissesse se aceitava ou não e o porquê. Nesta dinâmica a limitação financeira

também surgiu. No entanto, o grupo foi se posicionando de forma surpreendente ao desvincular a vivência do lazer a condição socioeconômica, demonstrando ser possível usufruir determinadas situações com prazer, sem ter necessariamente que passar pela questão do consumo.

A impossibilidade de algumas vivências de lazer se assenta em motivos de doença familiar. Mas nessa questão vale ressaltar o papel cultural que a mulher desempenha e lhe é cobrado socialmente e que passa a gerar uma maior limitação quando o assunto é lazer. Assim, é evidente que ocorra uma diferença significativa do uso do tempo do lazer entre homens e mulheres. Tradicionalmente, mesmo na atualidade, em que as mulheres têm desempenhado cada vez mais seu papel profissional, é atribuída a elas a responsabilidade de gerir o lar. Para além do expediente de trabalho, as questões domésticas continuam sendo, em maior proporção, cobradas das mulheres e quando casadas e se dedicam exclusivamente ao trabalho doméstico, a situação se agrava, pois a tendência é que as obrigações sociais e familiares sejam por elas equacionadas (MARCELLINO, 2008). Isto pode ser observado no depoimento abaixo:

“no meu caso é assim, sempre preciso estar levando o meu filho que é especial. Ele tem até a carteirinha que eu posso usar, então junto com ele eu não pago a condução, mas ele é totalmente dependente. Se eu for num banheiro público eu não posso entrar com ele em um banheiro de homem, porque sempre vai existir alguém que acha ruim. Eu já entrei no banheiro do metrô com ele e outras mulheres me barraram. Ele tem 33 anos, é um homem entendeu, fisicamente ele é normal, mas mentalmente ele é um bebê entendeu, ele depende de tudo. E as vezes ele entra em um banheiro público e ele estranha, chora e são poucas as pessoas que entendem isso. Então as vezes procuro não sair de casa com ele pra evitar constrangimento... se eu for visitar o museu eu tenho que levar ele... os dias que ele vai pra escola dá pra eu sair, só que eu tenho que voltar antes dele estar em casa”.

Por outro lado, uma das participantes dá seu depoimento de como procurou romper com esta sobrecarga:

“Eu tenho um marido doente, que cuida sozinho em minha casa e trabalho por conta, eu tenho um salão em casa de cabeleireiro e manicure. Então eu estava muito parada, cheguei até o ponto de depressão e perder meu marido, porque ninguém me ajudava, e parente foge. Quando parente ia em casa perguntava se estava precisando de mantimento, dinheiro, eu falava não preciso de nada disso, eu só queria uma palavra amiga, só isso eu queria. Que viesse em casa e desse uma atenção, fizesse uma visita, conversasse um pouco com o doente. Como eu não tenho nada disso, eu cuido do meu marido, pego remédio no Maria Zélia, venho aqui na Clínica, tem as coisas que eu participo, vou no bazar, se tem passeio, eu vou. Eu pego a bolsa e caio no mundo. Dou os remédios dele e ele fala você tem mais é que ir, porque você

está nova e eu doente não posso fazer nada, você tem que aproveitar. Eu agora me divirto realmente, porque isso é a vida né, se divertir”.

Se por um lado é possível romper com determinados limites que são impostos na vida cotidiana destes sujeitos para a prática do lazer, a partir de mudanças de postura e valores e iniciativas mais participativas na comunidade, sobre as quais melhor trataremos no próximo eixo de análise, por outro lado isso envolve a necessidade de termos claro que algumas questões determinantes, localizadas nas barreiras interclasses sociais, não dependem de ações individuais, mas do compromisso e da responsabilidade estatal com políticas intersetoriais democratizantes, uma vez que estes determinantes estão relacionados à má distribuição de renda, formas desiguais na apropriação do espaço urbano, desigualdade na distribuição do tempo, centralização de equipamentos de lazer, crescimento do consumo em detrimento da prática e outros fatores que vinculam a condição de gênero, idade, habitação, locomoção, trabalho.

4.4. EIXO 2: POSTURA E ATITUDE FRENTE À PRÁTICA DO LAZER

As representações que os sujeitos possuem a respeito do lazer são importantes para compreendermos como a questão se dá no imaginário social, no entanto, entendemos que é necessário irmos além; saber como estes sujeitos se posicionam frente às práticas de lazer.

Para tanto, procuramos levantar junto às participantes o conhecimento de locais de lazer na cidade de São Paulo. Logo, foram verbalizados: Zoológico, Museu do Ipiranga, Parque da Luz, Parque do Ibirapuera, SESC, Parque do Carmo, Parque da Água Branca, Cidade da Criança, Butantã, Aquário, Teatro, *Shopping*, Pico do Jaraguá e, ainda, outros locais e práticas de lazer sem existir uma exata ligação com São Paulo, como “Hotel Fazenda”, Viajar de avião” e “Casa de Pedra” (nome dado a uma casa das Irmãs Marcellinas, localizada em Itaquera, que possui uma grande área verde, churrasqueira e piscina, que é cedida à CNSA para que os seus usuários façam festas de final de ano).

Percebe-se que nos relatos existe uma forte referência aos parques, que de acordo com Costa (1999), são os locais onde os moradores da periferia se identificam. O lazer nas regiões

de classes subalternas é praticado por meio da convivência que os parques proporcionam durante os finais de semana. Geralmente possuem local para as crianças brincarem e espaços específicos para fazer piquenique. É, portanto, a busca do convívio social que se manifesta na prática do lazer nos parques.

O que ainda se observa nos relatos é a ausência de um repertório de conhecimento mais extenso. Assim, não são nomeados os teatros que a cidade oferece e apenas o Museu do Ipiranga (Museu Paulista), popularmente mais conhecido, por ser a mais antiga referência de memória histórica do Brasil e ser um local de visitação freqüentemente utilizado pelas escolas.

Na dinâmica que realizamos, ao convidarmos as participantes a praticar um determinado lazer, como: andar de bicicleta, ir ao concerto, ao teatro e a uma exposição, assistir televisão, passear em ruas popularmente conhecidas pelo comércio atacadista e varejista, como a Rua 25 de març o e Rua Jos e Paulino, observamos uma postura de passividade ao aceitar ou não os convites, e isto fica perceptível nos relatos: “porque eu gosto”; “porque assistir TV   bom, n ”; “concerto eu gosto, tenho curiosidade”; “porque eu gosto de andar de bicicleta, acho super legal e o concerto porque eu amo”; “porque gosto de assistir filme”; “vou pra passear e distrair”.

Também, nos relatos se percebe a falta de informação para que fosse elaborada uma postura mais ativa, critica sobre os espaç os de lazer: “o lugar que eu gostei, no centro de São Paulo, gosto de andar muito, conhecer as coisas que não conheço, tem muita coisa que a gente não conhece”; “no Parque do Ibirapuera eu nunca entrei, mas pra entrar no parque eu não faço muita questão, porque o nosso Parque do Carmo   muito bom, vale a pena ir. O Parque do Ibirapuera eu não sei se   tão bom assim”; “pra Pinacoteca eu vou, não conheço, mas não sei o que tem l ”.

De acordo com Dumazedier (2008), o interesse pela atividade   representado pela escolha, que   advinda do conhecimento de alternativas de lazer e isto, geralmente, não ocorre com freq ncia. São poucas as programações de rádio e televisão, que veiculam as possibilidades de lazer e, quase sempre, vinculam-se aos finais de semana e a entretenimentos de cultura de massa, como os espetáculos e cinemas em cartaz, mostras de filmes e exposições. Percebe-se que a circulação das informações acerca dos bens culturais da cidade

vincula-se ao turismo, uma vez que fica restrita a lugares estratégicos, como aeroportos, rodoviárias e hotéis.

Ao buscar nos depoimentos posturas mais críticas em relação às práticas de lazer, percebemos que em três relatos foram feitas menções que sinalizam uma tentativa de reflexão: “sendo música eu adoro, até esqueço dos meus problemas”; “já andei muito pelo centro, só que agora dei uma parada, assim né, não sei, é por causa da idade”; “não vou porque tem que ter dinheiro pra ir lá e eu não tenho”.

O primeiro relato demonstra o lazer associado a uma necessidade de quebrar com o cotidiano repetitivo, geralmente, aquele localizado nas atividades do lar, e aí se localiza uma das críticas sobre a dificuldade que existe de entender o lazer inserido em outras atividades humanas. Essa dissociação, segundo Marcellino (2006) tem como pano de fundo as condições de vida e trabalho, quando o lazer passa a ser entendido como uma forma de resistência para o dia-a-dia, um momento para restabelecer as energias. Já no segundo relato constatamos que a faixa etária é uma barreira social para determinadas práticas de lazer. Os idosos, embora, tenham alcançado muitas conquistas no campo dos direitos sociais, ainda esbarram em dificuldades de infra-estrutura urbana, que os permitam circular pela cidade com segurança, segundo Minayo (2003) as quedas são o principal tipo de agravo que leva à internação desse grupo populacional e o mais importante motivo de sua demanda aos serviços de emergência. Outro dado relevante tem suas raízes em questões culturais, uma vez que a violência moral ou psicológica é a mais cometida contra os idosos no Brasil, segundo dados do Ministério da Saúde. E no terceiro relato, em que o fator financeiro aparece como condicionante para a prática de lazer, que se por um lado está presente outra idéia equivocada em que o lazer é confundido com consumo, por outro está ausente um discurso que percorra um caminho mais crítico frente às necessidades de atender aos apelos do mercado consumidor ou ainda sendo mais arrojado de uma cultura que tende a homogeneização de interesses. No caso em específico, a postura crítica em relação à questão do consumo está mais voltada para as condições de vida, que estão limitadas às necessidades de suprir o que é básico.

Embora o discurso entre as participantes nos grupos indique um descontentamento acerca das possibilidades de lazer na região, a partir de referências a um lazer que se repete, limitado aos espaços do Parque do Carmo, SESC, Aquário e Shopping, a reflexão não se desenvolve para um contexto maior de luta presente na região.

Essa ausência de uma postura crítica nos faz recordar um outro tempo, em que a Zona Leste até os anos 90 foi protagonista de um acúmulo de lutas populares que marcaram a trajetória das políticas sociais brasileiras, podendo ser suas ações caracterizadas no âmbito da participação cidadã, que segundo Gohn (2003) se define pela intervenção periódica e planejada, ao longo de todo um circuito de elaboração e implementação de uma política pública. Nesse sentido pode-se concluir que o associativismo da Zona Leste estava presente nos processos decisórios e como refere Teixeira (2002), em termos de quais compensações e necessidades deveriam ser atendidas. Analisando o rebatimento deste contexto na atualidade os movimentos sociais se retraíram. Um extrato retirado da publicação Caros Amigos²⁶(2008), situa este momento: “segundo Maria Trindade, militante desde 1981, os movimentos se encontram enfraquecidos na cidade inteira: *’a partir das conquistas dos postos, dos conselhos, o movimento enfraqueceu’*. Ou seja, como muitos integrantes dos movimentos sociais foram nomeados para cargos públicos, os movimentos em si perderam quadros atuantes e ficaram mais fracos.”.

Essa característica de inflexão da vida associativa da Zona Leste, retornando ao contexto das reflexões feitas nos grupos focais, pode ser percebida no relato de uma das participantes, que toma como exemplo a participação ainda tímida da comunidade na CNSA:

“Por exemplo, eu trabalhei em Sumaré, Pinheiros, então eu freqüentava esses lugares, agora que eu casei e depois vim pra Itaquera, não estou podendo mais. É que a gente se acomoda, até tem tempo pra ir, mas fala outro dia, sair daqui pra ir lá em Pinheiros, nossa é muito longe; não é questão de dinheiro. E outra coisa, a gente tem que valorizar o nosso bairro, fazer atividade aqui, porque valorizar outro bairro, a gente esquece daqui, então tem que ficar aqui, nós temos que progredir aqui. Precisamos lutar pra melhorar”. Ao ser perguntada se esta luta existe na região, refere: “Não. Por exemplo, eu estava conversando com uma amiga minha, que puxa tem tanta gente na ginástica e, não sei se eu estou errada gente vocês me corrigem, tanta gente na ginástica que fazem as coisas aqui e o pessoal não vem, ninguém participa, eu gostaria que o pessoal participasse. Porque aqui tem as consultas médicas, quando precisa se encaixa e faz os exames de sangue. Antes eu não fazia nem o papanicolau, porque o meu médico no Tatuapé é R\$ 150,00, e eu não tenho condições, meu marido aposentou e o dinheiro é pra comprar remédio, os remédios custam R\$ 75,00, outro R\$ 50,00, compro na farmácia. Então assim fica difícil né, mas ai o pessoal não participa do que precisa, como melhorar?”.

²⁶ Marcelo Hailer. “Mulheres da Saúde”. Disponível em http://carosamigos.terra.com.br/nova/ed120/so_no_site_reportagem.asp. Acesso em 10/11/2008.

A partir deste relato outra participante faz um depoimento voltado para um contexto mais geral de participação comunitária, enfatizando as necessidades de lutas, demandas da população e pouco envolvimento da comunidade nas lutas por melhorias na região:

“Da participação, nós temos problemas sérios no nosso bairro, nós fazemos parte do conselho, tanto da Unidade Santo Estevão como da Sub-Prefeitura de Itaquera e nós vive tentando trazer essas pessoas pra gente, pra gente sabe, fazer uma luta, isso que você está falando a gente tem lutado por muitos anos, as nossas reuniões são todas as segundas terças-feiras do mês no Santo Estevão. Agora esse ano eu tive uma grande vitória, porque consegui trazer 14 pessoas pro Conselho Popular, foi uma luta no ano passado pra gente fazer essa eleição, muito difícil 14 pessoas pra participar. Colocamos os cartazes lá sobre nossa reunião, mas ninguém vai, não é só essas reuniões que nós temos, temos outras reuniões que é aberta pra população, só que a população não vai, a população sabe reclamar, a nossa rua aqui está cheia de buraco, estou vendo a hora de acontecer um acidente na nossa rua, a gente tenta fazer uma posição pra chegar até o prefeito, pra gente fazer uma área de lazer, pra gente sair e procurar outras coisas. Temos que trazer esses jovens pra nós, pois estão se destruindo nas drogas, gente, você vê naquela construção ali meninos de 8, 10 anos e 15 anos sabe e ninguém faz nada, o povo está muito acomodado. Porque hoje nós temos um posto de saúde, um hospital, nós temos outras coisas e ninguém faz nada pra melhorar. Você fica meia hora naquele posto, você vê só gente chegando pra reclamar, quando você fala gente vem até nós, não adianta. Vocês têm que por na cabeça assim, não adianta vocês chegarem na Unidade Básica e ficar brigando com a coitada da funcionária ali da frente, que ela não faz nada, ela faz o que o ‘subalterno’ [deve-se entender: “o superior”] dela manda, então participem das reuniões gente, vem até nos, nós temos as reuniões na Sub-Prefeitura que nós estamos com a C. e o F., com o subprefeito sabe, vamos participa, só se ganha com isso. O que ela está fazendo com isso aqui [se referindo ao grupo focal], só se ganha com isso, essas discussões”.

Assim, percebe-se que a postura e atitude desenvolvidas frente às práticas de lazer no território de moradia e na cidade, ainda necessitam ser desenvolvidas e isto se torna mais expressivo entre as classes subalternas, uma vez que estas ficam a margem do conhecimento acerca das possibilidades de lazer na cidade e tendem a entender o lazer como forma de compensação e resistência para os problemas enfrentados no cotidiano e como uma prática privilegiada, que vincula-se ao consumo. Cabe ressaltar que a percepção do lazer como direito não aparece nos depoimentos ressaltando numa postura mais crítica visto pela garantia do seu acesso, uma vez que, trata-se de uma população que, pelo local de moradia, fica distante a 30, 40 ou mais quilômetros do centro da cidade, dependendo de transporte público, que freqüentemente é precário, lotado e não oferece segurança. O lazer passa a ser regulado pelo relógio, tendo em vista, os horários de pico e os períodos do dia que oferecem mais segurança, pelas condições climáticas, sendo freqüente, nas regiões da periferia, as enchentes, e pelas limitações que a região oferece em termos de equipamentos e possibilidades para o lazer.

A partir disso entendemos que a prática do lazer necessita, entre as classes subalternas, ser trabalhada como um direito social público, associado a outras atividades da vida humana, tão quanto importantes, como a saúde, educação, habitação e o trabalho. O lazer, como direito é uma conquista da sociedade civil, que precisa ser compreendido a partir de uma postura crítica e ativa da população, para que está reivindique, seja o acesso, seja a criação de bens e serviços culturais, o que hoje parece claro depender de um sujeito mobilizador de forças sociais que atue inserido no contexto das classes subalternas, o que nos faz pensar na figura de um mediador ou animador cultural. Assim como verificada na pesquisa de Peres et al.:

Na constituição de novos espaços e circuitos de discussão e de decisão é necessário reafirmar e reforçar circuitos de participação e mediação política e cultural. Em outras palavras, é necessário apostar na realização da “mediação dos mediadores” no plano político e cultural. A mediação tanto cultural quanto política, em conjunto com regras de reciprocidade e sistemas de participação cívica, desempenham papel-chave para fortalecer o capital social e para dirimir clivagens que impedem a construção de uma agenda comum (PERES et al. 2005, p.767).

4.5. EIXO 3: A PERCEPÇÃO DO LAZER PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE

A dimensão educativa do lazer, tendo em vista, sua ação no processo saúde-doença, para a promoção da saúde, entre as classes subalternas, é que nos conduziu, na realização dos grupos focais, a buscar como isso vem sendo incorporado pelos nossos sujeitos pesquisados.

Nos grupos realizados pareceu existir um consenso sobre a potencialidade de que iniciativas de lazer possam contribuir para promoção da saúde. Isto aparece nos relatos como uma estratégia, principalmente, para fortalecimento da auto-estima: “passear faz bem pra auto-estima da gente”. Para algumas participantes que passaram por problemas de saúde, como câncer, doenças crônico-degenerativas e depressão, o lazer ganha um espaço fundamental na vida:

“no meu caso ficar livre de uma depressão. Basta eu sair da minha casa, pra mim é um lazer, enquanto eu estou aqui eu não estou pensando nos problemas. O mais importante pra mim do lazer é prevenir uma depressão. E no meu caso pra sair eu tenho falta de animo, disposição, eu tenho que me esforçar muito. Sábado eu estava deitada, eu não almocei nem jantei, aí meu marido: vem comer um lanche, e eu: eu não quero. Levanta vamos lá na casa do meu afilhado, lá em Guaianases, eu falei: eu não agüenta, ele: agüenta, faz um esforço. Ai eu

me esforcei, me esforcei, foi difícil, levantei tomei um banho, comi um lanche e sai. Nossa depois eu ri tanto lá... [depois fala da vontade de ir a uma igreja no domingo e ocorreu o mesmo episódio] nossa ai eu falei pra ele que dia maravilhoso e aquele mal estar foi embora.”.

“inclusive quando eu fui pro Rio [de Janeiro] naquela semana eu falei, acho que não vou mais, eu estava péssima, levei um saco de remédio, cheguei lá e nem tomei”.

“isto aqui [a CNSA] é pra que, gente? É pra tirar vocês do stress, pra você sair de uma depressão”.

A própria participação nas atividades da CNSA, se justifica pela procura por melhorar a qualidade de vida:

“Eu não saio muito não, eu vou muito no médico, eu faço tratamento com médico do convênio e com um médico do ‘PAM’. De fim de semana eu fico em casa, as vezes vou na minha filha ver minha netinha, na minha comadre, porque se eu sair assim, no dia seguinte eu sinto muita cansa, ai eu tenho que ficar deitada o dia todo, ficar descansando. Na clinica eu faço a ginástica, a pintura, tava fazendo a computação”

O desenvolvimento da socialização, a possibilidade de convívio com outras pessoas e ter com quem dividir o cotidiano demonstraram ser a principal estratégia para estas mulheres, que buscam alcançar uma vida mais saudável, e isto se justifica pelas dificuldades do dia-a-dia, ora relatadas pela presença de doenças na família, ora vinculadas às dificuldades financeiras e de inserção profissional. Sendo assim, a CNSA aparece no relato das participantes como um espaço determinante para estabelecer vínculos de confiança, mudar hábitos e onde a socialização demonstra ser uma força propulsora para a prática de atividades que promovam a saúde:

“eu não era muito de falar da minha vida entendeu e aqui eu consegui falar”.

“se eu ficar só, vem um monte de coisa na minha cabeça e eu começo a chorar e isso aqui pra mim está sendo ótimo, estou me sentindo bem melhor, a gente ouve né os problemas de cada um, ai eu vejo o meu, que às vezes não é nada”

“como estou comentando com vocês aqui é muito boa a reunião, participar das palestras, conversar, cada um falar o que sente [...] esses problemas que eu conto do meu filho só ela [uma amiga] sabe e uma amiga de confiança, porque às vezes você faz um comentário e a pessoa faz fofoca.”.

“combater esse medo que a pessoa tem, eu particularmente tinha muito essa coisas de sair, eu tinha medo, tinha muito medo de andar sozinha, mas depois que eu comecei a

trabalhar esse lado meu, eu não posso ficar dependendo dos outros pra todo lugar que sair, é difícil encontrar uma pessoa para sair com você.”.

“ele (o marido) fazia tudo pra mim e ai ele caiu doente e eu faço o que? Menina eu fiz tanta besteira, mas eu falei assim: eu vou, eu tenho fé. Ah vou me libertar, aprender a fazer as coisas, tirar extrato, tirar dinheiro, pago conta, faço compra, mercado, dirigir, eu morria de medo. Agora venho aqui na clínica, tenho as coisas que eu participo, vou no bazar, tem passeio eu vou, eu pego a bolsa e caio no mundo. Se tiver alegria e felicidade [...] tem que tirar a doença fora, a artrose, a coluna e eu quero é passear.”.

É importante notar que os depoimentos reforçam a necessidade de um olhar sobre os determinantes sociais do processo saúde-doença, para além do modelo biomédico, enquanto detentor da verdade científica no campo da saúde. Não estamos aqui fazendo uma apologia contra a assistência médica, os recursos tecnológicos da medicina, ou seja, da clínica, mas considerando o sujeito em suas múltiplas determinações. Isso implica em reconhecer que o processo saúde-doença é composto por uma ordem biológica, social e psicológica. Sendo assim, conforme já discutido no primeiro capítulo, a ênfase da prevenção e promoção da saúde exige uma prática holística, que segundo Campos (2006), sugere um modelo de clínica ampliada.

Portanto, no campo da promoção da saúde, a dimensão educativa do lazer aqui tratada não deve ser confundida com práticas conservadoras, inspiradas na corrente behaviorista, que influenciou os anos 70 e, ainda, influencia a maior parte das ações no Canadá, mediada por intervenções sobre os estilos de vida.

Entendemos que o caráter educativo do lazer incide, para além dos cuidados com a saúde, envolve o que a corrente denominada, Nova Promoção da Saúde, considerou como a principal estratégia da promoção da saúde: o *empowerment*, que significa capacitar os sujeitos sociais a se preparem para responder, de forma criativa, aos desafios biopsicossociais da vida social, o que exige a criação de estratégias, como: participação comunitária, educação para a saúde e políticas públicas saudáveis.

Concluimos com os depoimentos que o lazer como uma das possíveis estratégias de promoção da saúde, localiza-se na criação de ações dirigidas aos determinantes de saúde e à educação sanitária, de forma que assegurem a proteção à saúde, sejam eficientes na redução de danos e garantam o bem estar em todas as dimensões do homem. Assim, como refere Buss (2000) é preciso o comprometimento do Estado, da comunidade, de indivíduos, do sistema de

saúde e de parcerias intersetoriais e, nesse sentido, ressaltamos a importância da ampliação do controle social para que seja garantido o espaço da participação da sociedade civil nos processos decisórios, tendo em vista a implantação de políticas públicas. Este eixo, portanto, nos lança no desafio de defender junto ao Estado o incremento de programas, projetos e ações de lazer que possuem impacto na saúde e na qualidade de vida da população, uma vez que, o atual Plano Nacional de Saúde: “Programa Mais Saúde” (2008-2011) tem como mote: a ênfase da necessidade e importância de uma política intersetorial, tendo em vista que as condições de vida estão relacionadas ao desenvolvimento cultural, econômico, social e político da nação (BRASIL/MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sem a pretensão de chegarmos a resultados conclusivos, o nosso objetivo é de tecer alguns apontamentos, a partir das reflexões teóricas e das análises já construídas a partir do estudo de caso. Assim, consideramos que o caminho até aqui percorrido, possibilite desencadear novos estudos e agregar conhecimentos que favoreçam a trajetória das classes subalternas pela garantia ao exercício dos direitos sociais.

As classes subalternas fazem parte de um segmento populacional que sofre as mazelas do desenvolvimento capitalista, contribuindo, em grande parte, para com a produção e reprodução do capital por meio da sua força de trabalho, não usufruindo da riqueza socialmente produzida, sendo, geralmente, o seu tempo liberado das obrigações do dia-a-dia, cooptado por mais trabalho. Este tempo é utilizado para o provimento de renda, portanto, preenchido pelos “bicos”.

A identidade subalterna se revela na falta de perspectiva para a participação efetiva nos processos decisórios da política pública brasileira. E nesse sentido, tende a viver em função do que lhe é oferecido em termos de bens e serviços públicos, sendo alvo fácil de políticas assistencialistas e clientelistas. Essa classe se torna dependente dos benefícios sociais, que se configuram na única alternativa que possuem para resistir às dificuldades do cotidiano, todavia, isto apenas mascara a reprodução da sua vulnerabilidade.

Romper com a subalternidade significa lutar contra o desenvolvimento de uma ideologia dominante. Somente a sociedade civil organizada é capaz de transformar as relações de poder e, portanto, protagonizar a difusão e o desenvolvimento de uma nova concepção de mundo. Os movimentos sociais são detentores de uma expressiva força social, e podem efetivamente representar os reais interesses da coletividade.

A ideologia de classe é fortalecida pela indústria cultural, e tem nos meios de comunicação de massa um importante mediador. O cinema, o teatro, a música, o rádio, a televisão, os jornais, as revistas passam a se constituir em instrumentos fáceis para manter a hegemonia das classes dominantes. A cultura não é mais um instrumento da livre expressão,

representa um produto, que por um lado é passível de ser consumido e por outro de ser manipulado intelectualmente.

A indústria cultural atropela as expressões artísticas cotidianas e populares que, ao não se apresentarem na perspectiva do consumo, tornam-se práticas isoladas e cada vez menos reconhecidas na sociedade.

Nesse processo, o trabalho do artista, do artesão, se redefine pela lógica do mercado. O culto popular, o folclore e outras expressões populares tomam caráter de encenação cultural manejados pelas políticas públicas locais, com enfoque geralmente voltado para os interesses dos turistas e dos consumidores. A arte torna-se subalterna aos interesses mais globais e mercadológicos, sendo a criação, a criatividade e a expressão artística cooptada, política e economicamente, por uma ideologia que se impõe.

Esse cenário exige a mobilização da sociedade civil, pois somente a participação cidadã poderá abrir possibilidades para que a população proponha critérios e parâmetros na orientação das ações públicas. As classes subalternas permanecerão reféns dessa ideologia dominante, se não houver um movimento no sentido da democratização cultural.

Os bens e serviços culturais da cidade devem ser colocados à disposição da sociedade civil, sendo sua relação pautada pelos interesses, pela opção que desperta no sujeito. Isto significa aproximar-se das opiniões e dos comportamentos dos diferentes segmentos sociais, em especial, das classes subalternas, antes que as estigmatizem, pressupondo que suas condições de entendimento, simbolização e repertório cultural são conclusivos para invocar o que é mais interessante ou adequado como espaço de apropriação de cultura ou mesmo de circulação, como forma de lazer.

Percebe-se que as políticas culturais brasileiras continuam a reproduzir esse modelo autoritário, visto que, ainda, não romperam com a aliança consagrada entre esporte e lazer, em seus diversos programas, com a concentração dos espaços de lazer e cultura nas regiões centrais e elitizadas da cidade (museus, teatros, centros de exposição, cinemas, casas de espetáculos), com dificuldades de acesso a bens e serviços culturais, tanto em termos de gratuidade, quanto de infra-estrutura urbana.

Nas periferias da cidade os poucos espaços de lazer e cultura se apresentam repetitivos e, quando não, disputados pela violência urbana. Outra situação que os caracteriza é o descaso do poder público com ações de revitalização, de manutenção e de segurança. Portanto, o que se percebe é uma ausência de apropriação destes espaços por parte da população.

Outras barreiras, como faixa etária e gênero, estão presentes para a efetiva prática do lazer. A cidade tem oferecido cada vez menos condições de infra-estrutura-urbana para o idoso circular com segurança, e a cultura do desrespeito exercida sobre esse segmento os empurra para dentro de suas casas. As barreiras de gênero envolvem as mulheres pois, mesmo aquelas que exercem atividade profissional, são cooptadas pelos trabalhos domésticos, pelo cuidado dos filhos e são uma referência familiar para questões que exigem resolutividade no lar, ocupando-lhes todo o tempo, enredando-lhes um cotidiano, onde a liberdade e a criatividade se vêm refém da rotina do lar.

O cotidiano das classes subalternas é, ainda, prejudicado pela iminente necessidade de atender ao que é básico para sua sobrevivência e, colocando toda a energia na luta por aquilo que é imediato. O lazer e a cultura não se expressam como direito de cidadania, nem ao menos são relacionados com qualidade de vida, e portanto com a promoção da saúde. Ora são representados por produtos que não podem consumir, ora são representados por um momento de descanso, de distanciamento dos problemas do cotidiano.

A totalidade do sujeito social é, portanto, fragmentada pelo tempo disponível, pelo tempo das obrigações, pela condição social e isso tudo dificulta o entendimento do lazer e da cultura no âmbito do direito social, passível de controle e regulação social.

O lazer deve ser entendido como política pública universalizante, necessária à qualidade de vida de toda população e, nesse sentido, a prática do lazer possui ação no processo saúde-doença para a promoção da saúde, tendo em vista sua dimensão educativa.

Contudo, o lazer somente será incorporado pelas classes subalternas como direito de cidadania se considerarmos as estratégias de *empowerment*, o que entendemos ser possível por meio da criação de mediadores ou animadores culturais.

Assim, este estudo traz como contribuição, que a possibilidade de se compreender o lazer na perspectiva do direito social, depende de uma política cultural democratizante, da criação de estratégias de *empowerment*, de ações intersetoriais e de formação de animadores culturais. É assim que uma cultura do lazer poderá ser forjada e reconhecida como direito de todos, uma vez que entendemos que nas classes subalternas, as condições objetivas de vida e as representações sobre o lazer, tornam ainda mais tênue o entendimento deste como um direito social a ser reivindicado, inclusive pelos grupos organizados da sociedade civil.

Se por um lado temos dúvidas sobre se, por canais espontâneos do Estado, ocorrerá a implantação de uma política cultural mais democrática, por outro, estamos certos que somente a participação cidadã nos espaços decisórios da política pública poderá romper com ações assistencialistas e clientelistas, mas isto requer capacitar a sociedade civil para que, em especial na Zona Leste de São Paulo, os movimentos sociais sejam revitalizados e que os direitos sociais sejam igualmente apropriados e defendidos pela população.

Em nosso país não existe uma cultura do lazer na perspectiva do seu entendimento como estratégia de qualidade de vida e isto se dá, tanto pelas diferentes classes sociais como pelos governos.

A dimensão educativa do lazer não é apreendida como um dos recursos possíveis para ações de promoção da saúde e isto torna-se um desperdício mediante o cenário epidemiológico brasileiro, que registra o homicídio como a principal causa de morte entre a população jovem, e as causas externas em terceiro lugar entre o total de mortes com causas definidas, e os mais importantes fatores de risco de mortalidade, dentre os quais, se destacam: o tabagismo, a hipertensão, o sobrepeso, o colesterol, o álcool, o sedentarismo, entre outros.

Nesse sentido, interferir nos determinantes sociais da doença implica redirecionar estratégias de ações que combinem diversas abordagens, na perspectiva da intersetorialidade, e possibilitem gerar novos valores, posturas e atitudes da população diante da vida.

Há um caminho longo a ser trilhado, e nesse sentido, na construção de políticas públicas que democratizem o lazer, entendemos que a mediação por animadores culturais pode ser um investimento a ser feito na construção de uma mais sólida cultura do lazer.

6. REFERÊNCIAS

ADAM, Philippe & HERZLICH, Claudine. **Sociologia da doença e da medicina**. Trad.: Laureano Pelegrin. Bauru/SP: EDUSC, 2001.

ALMEIDA FILHO, Naomar de. Uma Breve História da Epidemiologia. In: Naomar de Almeida Filho & Maria Zélia Rouquayrol (orgs.). **Epidemiologia e Saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.

ANDRADE, José Vicente. **Lazer: princípios, tipos e formas na vida e no trabalho**. Belo Horizonte: Autêntica, 2001.

ANDRÉ, Marli Eliza D. Afonso de. **Estudo de Caso em Pesquisa e Avaliação Educacional**. Brasília: Liberlivro, 2005.

ARREGUI, Carola C. e WANDERLEY, Mariângela B. Cidadania e Democracia: desafios da animação sociocultural na mobilização, participação e intervenção. In: Carola C. Arregui e Mariângela B. Wanderley (orgs.). **Colóquio de Animação Sociocultural**. São Paulo: IEE/PUCSP, 2006.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 10520: informação e documentação: citações em documentos**: apresentação. Rio de Janeiro, 2002.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 14724: informação e documentação: trabalhos acadêmicos**: apresentação. Rio de Janeiro, 2002.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 6023: informação e documentação: referências**: elaboração. Rio de Janeiro, 2002.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 6024: numeração progressiva das seções de um documento escrito**: apresentação. Rio de Janeiro, 2003.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 6027: informação e documentação: sumário**: apresentação. Rio de Janeiro, 2003.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 6028: informação e documentação: resumo**: apresentação. Rio de Janeiro, 2003.

AYRES, José Ricardo de C. M. **Epidemiologia e Emancipação**. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1995.

BARATA, Rita Barradas. Epidemiologia e saber científico. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. 1(1): 14-27, 1998.

BOBBIO, Norberto. **Ensaio sobre Gramsci e o conceito de sociedade civil**. Tradução de Marco Aurélio Nogueira e Carlos Nelson Coutinho. São Paulo: Paz e Terra, 1999

BODSTEIN, R. Políticas e Serviços de Saúde na perspectiva sociológica. In: Canesqui, A. M. (org.). **Ciências Sociais e Saúde**: reflexões sobre o campo do conhecimento. São Paulo: Hucitec, 1997.

BRANDÃO, Carlos F. e CARVALHO, Alonso B. **Introdução à Sociologia da Cultura**: Marx Weber e Norbert Elias. São Paulo: Avercamp, 2005.

BRANT, Leonardo. **Diversidade Cultural**: Globalização e culturas locais. São Paulo: Escrituras Editora; Instituto Pensarte, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília: Ministérios da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana de Saúde. **Painel de indicadores do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Plano Nacional de Saúde**: um pacto pela saúde no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Mais Saúde**: direito de todos: 2008-2011. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRUHNS, Heloisa T. De Grazia e o Lazer como Isenção de Obrigações. In Heloisa T. Bruhns, (org). **Lazer e Ciência Sociais..** São Paulo: Chronos, 2002.

BUSS, Paulo Marchiori. Promoção da Saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, 5(1): 163-177, 2000.

BUSS, Paulo Marchiori & PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis**: Revista Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 17 (1): 77-93, 2007.

CAMPOS, Gastão Wagner de S. Clínica e Saúde Coletiva compartilhadas: teoria paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: Gastão Wagner de S. Campos et al. (org.). **Tratado de Saúde Coletiva..** São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ed. Fiocruz, 2006.

CANCLINI, Néstor García. **Culturas Híbridas**: estratégias para entrar e sair da modernidade. 4. ed. - São Paulo: EDUSP, 2003.

_____ **Latino-americanos à procura de um lugar neste século**. São Paulo: Iluminuras, 2008.

CANTON, Giselle A. M. & FREIRE, Vera Lucia A. A. Inserção sócio-cultural: uma experiência de trabalho com famílias inseridas em Programas de Transferência de Renda no Município de São Paulo. **Anais do 33º Congresso Mundial de Escuelas de Trabajo Social**: Crecimiento Y Desigualdad. Santiago/Chile, 28-31 agosto, 2006.

CARREIRA, Maria Olinda Costa S. **Zona Leste do Município de São Paulo**: uma história marcada por manifestações e lutas populares. Dissertação de Mestrado (Serviço Social). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 1997

CARVALHO, Sérgio Resende. **Saúde Coletiva e Promoção da Saúde**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

CHAIA, Miguel e SILVA, Ana Amélia (orgs). **Sociedade, Cultura e Política**. São Paulo: EDUC, 2004.

CHAUÍ, Marilena. **Cultura e Democracia**: o discurso competente e outras falas. 11. ed. revista e ampliada. São Paulo: Cortez, 2006.

CLEMENTE, Claudelir Correa. **Apreciando o movimento**: uma cartografia da periferia da Zona Leste de São Paulo. Dissertação de Mestrado (Ciências Sociais). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 1998

CORREA, Denise Aparecida. **Domingo no Parque**: a (sobre)vivência do lazer nos parques públicos municipais da Zona Leste da cidade de São Paulo (1970-2001). Dissertação de Mestrado (História). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2002.

COSTA, Sergio. **As cores de Ercília**. Belo Horizonte: ed. UFMG, 2002.

COSTA, Rachel Eny Arruda Bonomo. **Itaquera virou cidade**: a luta dos moradores de Itaquera e de São Mateus contra o lixo e o movimento para a criação da APA do Parque e Fazenda do Carmo (São Paulo, 1984-1992). Dissertação de Mestrado (História). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 1999.

CUCHE, Denys. **A noção de Cultura nas Ciências Sociais**. Trad: Viviane Ribeiro. Bauru: Edusc, 1999.

CUNHA, Fátima T. Scarparo & MELO, Enirtes C. Prates. **Fundamentos da Saúde**. 3. ed. Rio de Janeiro: Senac Nacional, 2007.

DECCA, Edgar S. & P. Thompson. Tempo e Lazer nas Sociedades Modernas. In Heloísa T. Bruhns (org.). **Lazer e Ciência Sociais**. São Paulo: Chronos, 2002.

DINIZ, Tânia Maria R. Godói. **O estudo de caso**: suas implicações metodológicas na pesquisa em Serviço Social. In: Maria Lúcia Martinelli (org.). Pesquisa Qualitativa: um instigante desafio. São Paulo: Veras Editora, 1999.

DUMAZEDIER, Joffre. **Valores e Conteúdos Culturais do Lazer**. São Paulo: SESC, 1980.

_____ **Lazer e Cultura Popular**. São Paulo: Perspectiva, 2001.

_____ **Sociologia Empírica do Lazer**. 2. ed. São Paulo: Perspectiva, 2008.

FARIA, Hamilton e NASCIMENTO, Maria Ercília do. **Desenvolvimento Cultural e Planos de Governo**. São Paulo: Polis, 2000.

FARIA, Hamilton e SOUZA, Valmir. **Experiências de Gestão Cultural Democrática**. São Paulo: Polis, 1993.

Projeto Cultural para um Governo Sustentável. São Paulo: Polis, 1994.

FACULDADE SANTA MARCELINA – UNIDADE ITAQUERA. **Plano de Ação para o Ano de 2007.** São Paulo: 2007.

Projeto Interagindo com a Comunidade Itaquera. Programa Saúde em Pauta: promoção e prevenção à saúde. São Paulo: 2007.

Relatório Circunstanciado de Atividades – Ano Base 2007. São Paulo: 2007.

Projeto Interagindo com a Comunidade Itaquera: Programa Saúde em Pauta: Atividades 2008. São Paulo, 2008.

FLETCHER, Robert H. & FLETCHER, Suzanne W. **Epidemiologia Clínica.** 4ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

GATTI, Bernardete Angelina. **Grupo Focal na pesquisa em Ciências Sociais e Humanas.** Brasília: Líber Livro, 2005.

GILLET, Jean-Claude. A perspectiva socioeducativa da animação social. In: Arregui, Carola C. e Wanderley, Mariângela B. (orgs.). **Colóquio de Animação Sociocultural.** São Paulo: IEE/PUCSP, 2006.

GOHN, Maria da Glória. Movimentos Sociais na atualidade: manifestações e categorias analíticas. In: Maria da Glória Gohn. **Movimentos Sociais no início do século XXI:** antigos e novos atores sociais. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

GUTIERREZ, Gustavo L. **Lazer e Prazer:** questões metodológicas e alternativas políticas. Campinas, SP: Autores Associados, Chancela Editorial CBCE, 2001.

HOBBSAWM, Eric, **Sobre história.** Trad. Cid Knipel. São Paulo: companhia das Letras, 1998.

Era dos Extremos: o breve século XX: 1994-1991. Trad. Marcos Santarrita. 2. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

IBAÑES, Nelson, MERCADANTE, Otávio, MARSIGLIA, Regina m. G., SPINELLI, Selma. **História da Medicina. Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.** Departamento de Medicina Social. Material Mimeo. 2004.

IBGE. **Perfil dos Municípios Brasileiros.** Gestão Pública 2001. Rio de Janeiro: IBGE, 2000.

KONDER, Leandro. **O que é dialética.** São Paulo: Brasiliense, 2007.

LAFARGUE, Paul. **O Direito à Preguiça.** São Paulo: Hucitec, 2003.

MARCELLINO, Nelson Carvalho. **Lazer e Humanização**. Campinas: Papirus, 2001.

_____ **Estudos do Lazer**. São Paulo: Autores Associados, 2006.

_____ **Estudos do lazer: uma introdução**. São Paulo: Autores Associados, 2008.

MARTINELLI, Maria Lúcia. Os desafios na pesquisa e na produção do conhecimento em serviço social – perspectiva IX ENPESS. **Temporalis**. Revista da Associação Brasileira de Serviço Social – ABEPSS/ Pesquisa e Conhecimento em Serviço Social. Ano V, nº 9 (jan-jun, 2005). Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2005. (117-130)

MARTINS, Gilberto de A. **Estudo de Caso: uma estratégia de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2006.

MARTINS, José de Souza. **Florestan: Sociologia e Consciência Social no Brasil**. São Paulo: Edusp, 1998.

MARTINS, Sonia Teixeira. Políticas Culturais de Inclusão. In: Benecke, D. e Nascimento, R. (orgs.). **Política Social Preventiva: desafio para o Brasil**. Rio de Janeiro: Konrad-Adenauer-Stiftung, 2003.

MARX, Karl. **O Capital: crítica da economia política do Capital: livro I. V. 2: o processo de produção do capital**. Trad. Reginaldo Sant'Anna. 20. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2005.

MENDES, Eugenio Vilaça. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: Eugenio Vilaça Mendes (org.). **Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. 4. ed. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1999.

MENDES, Eugênio Vilaça et al. Distritos Sanitários: conceitos-chave. In: Eugenio Vilaça Mendes (org.). **Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. 4. ed. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1999.

MENDES, Iranilde J. M., NETO, Ângelo B., JUNIOR PEREIRA, Jether A. Perspectiva de ampliação das funções da Unidade Básica de Saúde: relato de experiência. **Revista Latino-americana de Enfermagem. Ribeirão preto**. V.4. N.1.p.119-129. Jan, 1996.

MENDES, Jussara Maria Rosa. Os desafios na pesquisa e na produção do conhecimento em Serviço Social – perspectiva IX ENPESS. **Temporalis**. Revista da Associação Brasileira de Serviço Social – ABEPSS/ Pesquisa e Conhecimento em Serviço Social. Ano V, nº 9 (jan-jun, 2005). Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2005. (9-14)

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1999.

_____ **Violência contra idosos: relevância para um velho problema**. Caderno Saúde Pública (online). 2003, vol. 19, no. 3 [citado 2008-08-25], pp. 783-791. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-

311X2003000300010&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 0102-311X. doi: 10.1590/S0102-311X2003000300010

MUSSE, Ricardo. **A fenomenologia da reificação**: Adorno e o Lazer. In Heloisa T Bruhns,.(org). Lazer e Ciências Sociais. São Paulo: Chronos, 2002.

NUNES, Everardo D. A trajetória das ciências sociais em saúde na América Latina: revisão da produção científica. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, p. 64-72, ago. 2006. (Número especial)

OLIVEIRA, Francisco de. **O Elo Perdido**. São Paulo: Brasiliense, 1987.

OLIVEIRA, Márcia Gardênia M. e QUINTANEIRO, Tânia. Karl Marx. In: Quintaneiro, T., Barbosa, M. L. de O., OLIVEIRA, M. G. M. de. (orgs).**Um Toque de Clássicos**. 2.ed. rev. e amp. Belo Horizonte: UFMG, 2002, p. 27-66 (Aprender).

OLIVIERI, Cristiane Garcia. **Cultura Neoliberal**: leis de incentivo como política pública de cultura. São Paulo: Escrituras Editora, 2004.

PADILHA, Valquíria. **Tempo Livre e Capitalismo**. Campinas: Alínea Editora, 2002.

PAIM, Jairnilson Silva. Atenção à Saúde no Brasil. In: Ministério da Saúde. **Saúde no Brasil**: Contribuições para a Agenda de Prioridades de Pesquisa. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

PINTO, Leila Mirtes Santos de Magalhães. Estado e sociedade na construção de inovações nas políticas sociais de lazer no Brasil. In: Nelson Carvalho MARCELLINO (org.). **Políticas públicas de lazer**. Campinas: Alínea, 2008.

PERES, Fabio de Faria et al. Lazer, esporte e cultura na agenda local: a experiência de promoção da saúde em Manguinhos.**Ciência & Saúde Coletiva**, 10(3): 757-769, 2005.

PRATES, Jane Cruz. **O Planejamento da Pesquisa Social**. Temporalis/Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social. Ano 4, nº7 (jan/jun de 2004). Porto Alegre: ABEPSS, 2004.(123-143)

REQUIXA, Renato. **O Lazer no Brasil**. São Paulo: Brasiliense, 1977.

RESTREPO, Luis Alberto. A relação entre Sociedade Civil e o Estado: elementos para uma fundamentação teórica do papel dos movimentos sociais na América Latina. Tempo social. **Revista de Sociologia da USP**, São Paulo, 2(2): 61 – 100, 2. sem, 1990.

RICHARDSON, Roberto J. et al. **Pesquisa Social: Métodos e Técnicas**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

RODRIGUES, Geraldo Antonio. **Lutas populares de saúde e a pastoral católica na Zona Leste** – 1968/1988. Dissertação de Mestrado (História). Pontifícia Universidade de São Paulo. 1988

RODRIGUES, Maria Lucia (org). **Ações e Interlocuções: estudos sobre a prática profissional do assistente social**. São Paulo: Veras Editora, 1999.

SANTOS, Boaventura de Sousa. **A Globalização e as Ciências Sociais**. São Paulo: Cortez, 2002.

SANTOS, José Luiz dos. **O que é Cultura**. 16. ed. São Paulo: Brasiliense, 2006.

SERRA, Mônica Allende (org). **Diversidade Cultural e Desenvolvimento urbano**. São Paulo: Iluminuras, 2005.

SEVERINO, Antonio J. **Metodologia do Trabalho Científico**. 21. ed. São Paulo: Cortez, 2000.

SIMIONATTO, Ivete. **Gramsci: sua teoria, incidência no Brasil, influencia no Serviço Social**. 2. ed. São Paulo: Cortez; Florianópolis: Editora da UFSC, 1999.

_____ Os desafios na pesquisa e na produção do conhecimento em serviço social – perspectiva IX ENPESS. **Temporalis**. Revista da Associação Brasileira de Serviço Social – ABEPSS/ Pesquisa e Conhecimento em Serviço Social. Ano V, nº 9 (jan-jun, 2005). Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2005. (51-62)

SOUTO, Anna Luiza S. e KAYANO, Jorge. **São Paulo: a Cidade e seu Governo – o olhar do cidadão**. São Paulo: Polis, 1996.

STOTZ, Navarro Eduardo. A Saúde Coletiva como Projeto científico. In: Ana Maria Canesqui (org.). **Ciências Sociais e Saúde**. São Paulo: Hucitec-Abrasco. 1997.

TEIXEIRA, Elenaldo. O Local e o Global: **Limites e desafios da participação cidadã**. 3. ed. São Paulo: Cortez: Recife: EQUIP: Salvador: UFBA, 2002.

TURINE, Célio. **Lazer nos programas sociais**. São Paulo: Anita, 2003.

VÍCTORIA, Ceres Gomes; KNAUTH, Daniela Riva; Hassen, Maria de Nazareth Agra. **Pesquisa Qualitativa em Saúde: uma introdução ao tema**. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

VIEIRA, Carlos E. Cultura e Formação Humana no Pensamento de Antonio Gramsci. **Educação e Pesquisa**. São Paulo, V.5, N.1, p. 51-66, jan/jun, 1999.

YASBEK, Maria Carmelita. **Classes Subalternas e Assistência Social**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2003.

YIN, Robert K. **Estudo de Caso: planejamento e método**. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

APÊNDICES

APÊNDICE 1**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu, _____, RG _____, aceito participar da Pesquisa, da doutoranda Giselle Alice Martins Canton, inscrita no Programa de Estudos Pós-Graduados em Serviço Social da PUC-SP, realizada sob título: “O lazer como uma das possíveis estratégias de promoção da saúde nas classes subalternas”. Autorizo que o meu depoimento seja gravado e referido no texto da tese da autora. Declaro que, fui orientada em relação aos objetivos da pesquisa e procedimentos para a sua realização, e que os dados obtidos não trarão nenhum prejuízo a minha pessoa, sendo que eu terei acesso aos mesmos, quando desejar. Estou ciente de que minha identidade será mantida em sigilo e meu nome será substituído por um pseudônimo. Esta minha participação não terá nenhum custo para mim, nem para o pesquisador.

Assinatura do Participante

RG:

Assinatura do Pesquisador

RG:

APÊNDICE 2

ROTEIRO DOS GRUPOS FOCAIS

1º ENCONTRO

DATA: 11/02/2008

TEMA: O LAZER

1. **ACOLHIMENTO:** os participantes serão recebidos numa sala já previamente preparada, onde as cadeiras encontram-se distribuídas em círculo. Serão distribuídos crachás para que todas as pessoas sejam melhor identificadas e chamadas pelo seu próprio nome. Será realizada uma lista de presença e posteriormente faremos a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para esclarecimentos sobre a pesquisa e condução dos grupos. Todos deverão assinar o Termo e receberão cada um, uma cópia.
2. **APRESENTAÇÃO E AQUECIMENTO:** os participantes farão duplas, e deverão trocar informações sobre suas vidas, a partir do comando: “quem sou eu?”. Após 10min, cada integrante da dupla apresentará o seu par.
3. **REFLEXÃO:** pedir para fecharem os olhos e pensarem numa situação de lazer que cada um já vivenciou em algum momento da vida (quando criança, ou adolescente ou mesmo adulto). Em seguida as pessoas deverão compartilhar com o grupo, atribuindo opiniões e significados ao tema. A proposta levará em conta as representações frente ao que é vivido pelas pessoas desde sua infância e o que vem sendo passado de geração em geração.

2º ENCONTRO

DATA: 18/02/2008

TEMA: LAZER EM ITAQUERA

1. **AQUECIMENTO:** solicitamos aos presentes que andem pela sala procurando relaxar, soltando os braços, pernas e pescoço
2. **DINÂMICA:** pedimos para que, supondo que uma fada madrinha virá concretizar um momento de lazer muito desejado, todos deverão pensar e escrever num papel qual lazer gostaria de pedir. Andando pela sala cada participante deverá ler o pedido dos demais e, em seguida, procurará identificar pedidos iguais ou que se assemelham, formado subgrupos. Após 5min todos voltam para o grupo, onde os subgrupos deverão resumir estes pedidos num sentimento

3. REFLEXÃO: pedimos ao grupo para que verbalizem as possibilidades de lazer existentes em Itaquera. Deverão dizer como são estes locais (bons, ruins, qualificando) e como foi a experiência.

3º ENCONTRO

DATA: 25/02/2008

TEMA: LAZER: O SONHADO E OBJETIVADO

1. AQUECIMENTO: solicitamos aos presentes que verbalizem situações ou lugares de lazer que gostariam de ir.
2. DINÂMICA: distribuiremos entre os presentes convites para situações/lugares de lazer. Pediremos para que cada um verbalize se aceita ou não o convite e porquê.
3. REFLEXÃO: o grupo deverá manifestar porque deixamos de realizar nossos sonhos e desejos de lazer, pensando para além da situação financeira. Situações como questões/problemas familiares, doença, outros problemas de saúde e emocional, baixa auto-estima e outras questões subjetivas que possam interferir

4º ENCONTRO

DATA: 03/03/2008

TEMA: LAZER E PROMOÇÃO DA SAÚDE

1. AQUECIMENTO: solicitamos aos presentes que fechem os olhos e sintam as partes do corpo iniciando pelos pés até a cabeça, de forma a percebê-los como estão posicionados. Na sequência solicitamos que abram os olhos e se levantem da cadeira. Pedimos para que relatem como foi o movimento de se levantar. Procuraremos trabalhar as dificuldades de serem feitos movimentos para mudanças, que atinjam nossos objetivos, desejos e sonhos.
2. DINÂMICA: o grupo deverá, andando pela sala, pensar em qual tipo de esforço que deveria fazer para alcançar um desejo de lazer que possa lhe oferecer uma vida mais saudável. Após o grupo se aquecer, todos deverão sentar e socializar o que pensou.
3. REFLEXÃO: os relatos do grupo deverão ter ênfase na questão da promoção/prevenção da saúde, sendo os mesmo a partir de suas falas mobilizadas para esta reflexão.

TAREFA: solicitamos que o grupo traga um objeto que simbolize uma situação de lazer que marca sua vida cotidiana

5° ENCONTRO**DATA: 10/03/2008****TEMA: FECHAMENTO**

1. **AQUECIMENTO:** pedimos aos presentes que socializem o objeto trazido entre o grupo
2. **DINÂMICA:** cada participante contará o que significa o objeto trazido e sua relação com sua saúde
3. **REFLEXÃO:** discussão sobre como foram os encontros

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)