

**FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**ELISABETE BONGALHARDO ACOSTA**

**OS CONHECIMENTOS ACERCA DE ATIVIDADE FÍSICA, SAÚDE E AMBIENTE  
DOS  
TRABALHADORES DAS EQUIPES DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA**

**Rio Grande, dezembro de 2005**

**FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

Elisabete Bongalhardo Acosta

Dissertação apresentada à Fundação Universidade Federal do Rio Grande – FURG, no curso de Mestrado em Enfermagem, como requisito parcial exigido para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem, desenvolvido sob a orientação da Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Marta Regina Cezar-Vaz.

Rio Grande, dezembro de 2005.

Acosta, Elisabete Bongalhardo

Os conhecimentos acerca de atividade física, saúde e ambiente dos trabalhadores das equipes do Programa Saúde da Família./ Elisabete Bongalhardo Acosta. - Rio Grande: FURG, 2005.

133 p.

Orientadora: Marta Regina Cezar-Vaz, Dr<sup>a</sup>

Dissertação (mestrado) – Fundação Universidade Federal do Rio Grande, FURG – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2005.

1. Educação física 2. Atividade física 3. Programa de Saúde da Família - Rio Grande 4. Saúde e ambiente, Tese I. Cezar-Vaz,

Catálogo na Fonte: Vanessa D. Santiago CRB 10/1583

**ELISABETE BONGALHARDO ACOSTA**

**OS CONHECIMENTOS ACERCA DE ATIVIDADE FÍSICA, SAÚDE E AMBIENTE  
DOS  
TRABALHADORES DAS EQUIPES DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do Título de:

**Mestre em Enfermagem**

e aprovada na sua versão final em 21 de dezembro de 2005, atendendo às normas da legislação vigente da Fundação Universidade Federal do Rio Grande, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração Enfermagem e Saúde.

---

Profa. Dra. Maria Elisabeth Cestari  
Coordenadora do PPGEnf/FURG

**BANCA EXAMINADORA:**

Dra. \_\_\_\_\_  
Marta Regina Cezar Vaz  
Presidente (FURG)

Dr. \_\_\_\_\_  
Tabajara Lucas Almeida  
Membro Efetivo (FURG)

Dra. \_\_\_\_\_  
Hedi Crecencia Heckler de Siqueira  
Membro Efetivo (FURG)

Dra. \_\_\_\_\_  
Yara Maria de Carvalho  
Membro Efetivo (USP)

Dra. \_\_\_\_\_  
Ana Mucillo Baish  
Suplente (FURG)

*Aos dois grandes amores da minha vida,  
Paulo e Marina.  
Às minhas irmãs Leda, Helena, Denise e Simone,  
elos fundamentais da minha história,  
aos meus cunhados e sobrinhos.*

## **Agradecimentos**

*Agradeço ao meu marido Paulo, pelo carinho e paciência, durante todo o percurso desta caminhada.*

*Às minhas irmãs Leda e Helena, por ajudarem a conter a ansiedade nos momentos difíceis.*

*À minha irmã Denise por se fazer presente, nas etapas importantes deste processo.*

*À Minha orientadora Marta, profissional brilhante, que acreditou no meu potencial.*

*Ao meu amigo Felipe pela sua colaboração e disponibilidade em me ajudar a encontrar o caminho.*

*À Direção da Escola Municipal Clemente Pinto, em especial à Laura e Cláudia, vice-diretoras e alguns colegas, Marilda, Madê, Margô e Paulo, pelo apoio dispensado.*

*À Coordenação do Programa de Saúde da Família, em especial à coordenadora Zelionara e a secretária Dionelle, bem como, a todas as enfermeiras responsáveis e suas equipes, nas quais sempre fui muito bem recebida.*

*À Wanise, amiga e companheira em mais essa caminhada.*

*Às minhas alunas e amigas, Tesiê, Teca, e Deise, pela compreensão e incentivo.*

*À professora Yara, pela sua valiosa contribuição e disponibilidade em me ajudar.*

*Ao professor Tabajara, por me auxiliar no caminho das análises.*

*Ao corpo docente e discente do Mestrado em Enfermagem e Saúde da FURG, pela troca de conhecimentos.*

*Aos meus amigos que se fizeram presentes na realização desse curso, não será possível enumerá-los para não correr o risco de esquecer alguns.*

*A Deus por poder realizar mais este sonho!*

*“Querer, a gente quer muita coisa. Mas quase sempre é um querer preguiçoso, um querer que não nos impulsiona a levantar da cadeira, ainda mais quando nosso projeto tem 0,5% de chance de sucesso. Só se torna menos difícil quando se quer mesmo. [...] O que todos deveriam querer, mas querer mesmo, é fugir da mediocridade”.*

*Martha Medeiros*

## RESUMO

ACOSTA, Elisabete B. **Os conhecimentos acerca de atividade física, saúde e ambiente dos trabalhadores das equipes do Programa de Saúde da Família.** 2005. 133 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Fundação Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande.

A atividade física é uma das formas de manifestação humana no que se refere ao movimento, é apenas um conteúdo da educação física que compreende a cultura corporal de pessoas e coletivos e se apresenta como um caminho de possibilidades na construção da saúde, que não pode ser vista sem os seus aspectos socioambientais. O presente estudo tem por objetivo principal, identificar os conhecimentos sobre atividade física, saúde e ambiente, através do processo de trabalho das equipes do Programa de Saúde da Família no município do Rio Grande. Foi realizada uma pesquisa de corte transversal orientada por caráter descritivo-exploratório e analítico-quantitativo que estudou os conhecimentos referentes à atividade física, a saúde e ao ambiente das equipes que compõe atualmente o Programa de Saúde da Família (PSF) no município do Rio Grande, buscando uma visão geral dessa realidade. Nessa perspectiva foi construído um questionário contendo dez questões de com quatro alternativas ou mais cada utilizando uma escala crescente de importância com notas de zero a dez, e uma questão aberta. Participaram do estudo 122 trabalhadores (médicos, enfermeiros, técnicos e agentes). O processo de análise identificou um conhecimento prévio desses trabalhadores sobre atividade física, saúde e ambiente, mas ainda percebe-se um enraizamento de conceitos de natureza biológica, foi possível também visualizar de um programa de saúde pública/coletiva em funcionamento efetivo e conhecer o perfil dos trabalhadores atuantes nesses serviços. Neste sentido a Educação Física pode contribuir para desmistificar alguns conceitos na relação atividade física, saúde e ambiente proporcionando que o trabalhador se concretize como sujeito e conseqüentemente cidadão e ator, cumprindo seu papel.

DESCRITORES: Conhecimentos. Atividade Física. Saúde. Ambiente. Educação Física.



## ABSTRACT

ACOSTA, Elisabete B. **The knowledge of team members of the Family Health Program about physical activity, health and environment.** 2005. 133 f. Dissertation (Nursing Master's degree) - Post Graduation Program in Nursing, Fundação Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande.

Physical activity is one of the ways of human manifestation that refers to movement. It is a content of the physical education that comprehends the corporal culture of people and groups and it presents itself as a path of possibilities in the construction of health, but it can not be seen without its social- environmental aspects. The present study aims to identify the knowledge on physical activity, health and environment, through the process of work of the team members of the Family Health Program in the city of Rio Grande. A traverse cut survey guided by descriptive – exploratory and analytical-quantitative character was accomplished and it studied the knowledge regarding to physical activity, health and environment of the team members who work nowadays at the Family Health Program in the city of Rio Grande, searching for a general view of their reality. In that perspective a questionnaire containing 10 questions with four or more alternative answers using a growing scale of importance with grades from zero to ten, and an opened question .122 workers took part in the study (doctors, nurses, technicians and health agents).The analysis process identified the workers previous knowledge on physical activity, health and environment but it was also noticed that most concepts have a biological basis .It was also possible to visualize a public health program in effective operation and to know the profile of the workers acting in those services. In this sense Physical Education can contribute to demystify some concepts in the relationship physical activity, health and environment enabling the worker to become a citizen and consequently being able to accomplish his role in society.

**DESCRIPTORS:** knowledge. Physical Activity. Health. Environment. Physical Education.

## RESUMEN

ACOSTA, Elisabete B. **Los conocimientos sobre actividad física, salud y ambiente de los trabajadores de los equipos del Programa de Salud de la Familia.** 2005. 133 f. Disertación (Maestría en Enfermería) - Programa de Postgrado en Enfermería, Fundação Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande.

La actividad física es una de las formas de manifestación humana en lo que se refiere al movimiento, es solamente un contenido de la educación física que comprende la cultura corporal de las personas y de los colectivos y se presenta como un camino de posibilidades en la construcción de la salud, que no puede ser vista sin sus aspectos socio-ambientales. El presente estudio tiene por objetivo principal, identificar los conocimientos sobre la actividad física, salud y ambiente, a través del proceso de trabajo de los equipos del Programa de Salud de la Familia en la ciudad de Rio Grande. Fue realizada una pesquisa de corte transversal orientada por carácter descriptivo-exploratorio y analítico-cuantitativo que estudió los conocimientos referentes a la actividad física, la salud y al ambiente de los equipos que componen actualmente el Programa de Salud de la Familia (PSF) en la ciudad de Rio Grande, buscando una visión general de esa realidad. En esa perspectiva fue construido un cuestionario conteniendo diez cuestiones con cuatro alternativas o más cada utilizando una escala creciente de importancia con notas de cero a diez, y una cuestión abierta. Participaron del estudio 122 trabajadores (médicos, enfermeros, técnicos y agentes). El proceso del análisis identificó un conocimiento previo de esos trabajadores sobre la actividad física, salud y ambiente, pero todavía se percibe un arraigamiento de los conceptos de naturaleza biológica, también fue posible visualizar en un programa de salud pública/colectiva en funcionamiento efectivo y conocer el perfil de los trabajadores actuantes en esos servicios. En este sentido la Educación Física puede contribuir para desmitificar algunos conceptos relacionados con la actividad física, salud y ambiente proporcionando que el trabajador se concrete como sujeto y consecuentemente ciudadano y actor, cumpliendo su papel.

**DESCRIPTORES:** Conocimientos. Actividad Física. Salud. Ambiente. Educación Física.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>11</b>
<b>2 OBJETIVOS.....</b>	<b>18</b>
2.1 GERAL.....	18
2.2 ESPECÍFICOS.....	18
<b>3 REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>19</b>
3.1. EDUCAÇÃO FÍSICA.....	19
3.2. EDUCAÇÃO FÍSICA AMBIENTE E SAÚDE.....	24
3.3. TRABALHO.....	36
3.4. TRABALHADORES EM SAÚDE: O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	42
<b>4 METODOLOGIA.....</b>	<b>48</b>
4.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO.....	48
4.2 LOCAL DE ESTUDO.....	48
4.3 POPULAÇÃO/SUJEITOS.....	49
4.4 COLETA E DADOS.....	53
4.5 ASPECTOS ÉTICOS.....	59
4.6 TRATAMENTO DOS DADOS.....	60

<b>5 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....</b>	<b>61</b>
5.1 PERFIL DOS TRABALHADORES.....	61
5.2 ANÁLISE DO INSTRUMENTO DE COLETA.....	62
5.2.1 Análise de Correlação Múltipla.....	63
5.3 OUTRAS ANÁLISES ESTATÍSTICAS E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS.....	65
5.3.1 Conceito de Saúde e Ambiente.....	70
5.3.2 Conceito de Atividade Física.....	73
5.3.3 Relação Atividade Física e Saúde.....	80
5.3.4 Relação Atividade Física e Ambiente.....	81
5.3.5 Fatores Positivos e Negativos na Relação Atividade Física, Saúde e Ambiente.....	87
5.3.6 Relação Atividade Física, Saúde e Ambiente no Trabalho a partir de ações desenvolvidas diariamente pelas equipes.....	93
5.3.7 O Respondente como Cidadão e Trabalhador na Relação entre Atividade Física, Saúde e Ambiente .....	99
5.4 ANÁLISE DA QUESTÃO ABERTA.....	100
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>106</b>
<b>REFERÊNCIAS:.....</b>	<b>112</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>119</b>

## 1. INTRODUÇÃO

A Medicina, tanto ocidental quanto oriental, sempre considerou a importância do movimento para o tratamento e a prevenção de algumas doenças. Para Magnani (2001) “a área da Educação Física originou-se das concepções naturalistas de homem e corpo, sendo, no Brasil, grandemente influenciada pela chamada Medicina Higienista do século XIX”.

O conceito “Higiênico” na Educação Física relacionava-se à saúde e vigor e muito contribuiu para o binômio atividade física e saúde, a área era utilizada como instrumento de capacitação e aprimoramento da saúde tanto física quanto moral, associada às aspirações de regeneração e purificação da raça (Costa, 1983, *apud* Carvalho 1995). Por esta razão historicamente a Educação Física está diretamente influenciada pelas Ciências Biológicas. Vários estudos têm apontado suas conseqüências tanto no conceito quanto na prática atual da área.

Muitas pesquisas vêm sendo feitas no sentido de relacionar a Educação Física à promoção de saúde privilegiando assim uma dimensão biológica, e é nessa perspectiva que encontramos os trabalhos de Pitanga (2004), Farinatti (2003), Cooper (2003), Weineck (2003) e outros.

Para Pitanga (2004), as atividades físicas devem ser incentivadas na perspectiva de que o aumento do gasto energético é inversamente proporcional ao desenvolvimento de fatores de risco e mortalidade cardiovascular, o autor preconiza a adoção de um estilo de vida fisicamente ativo. Segundo Farinatti (p. 47, 1992) “a Educação Física deve ser vista como veículo da promoção de saúde e deve ser mediada por uma visão de aptidão física para toda vida”.

De acordo com Cooper (p. 3, 2003), médico norte-americano criador do teste de Cooper, em entrevista disse que “já existe consenso sobre a importância dos exercícios para a manutenção da saúde e a prevenção de doenças”, ele tem se dedicado nos últimos trinta e cinco anos a convencer as pessoas dos benefícios de praticar esportes e levar uma vida mais saudável.

Um estilo de vida mais ativo, a fim de utilizar todas as oportunidades do nosso dia a dia em prol da aptidão física e ao mesmo tempo para nossa saúde são citados por Weineck (2003).

Numa visão mais ampliada de Educação Física contemplando não só a dimensão das Ciências Biológicas como também a dimensão das Ciências Humanas em igual teor, e abordando questões pertinentes ao papel do professor de Educação Física relacionada à saúde coletiva são encontrados dentre outros autores, nos estudos de Carvalho (1995 e 2001), Lovisolo (2000) e Bracht (1999) que apontam para um olhar crítico e consciente sobre a promoção de saúde e a Educação Física.

A atividade física é uma das formas de manifestação humana no que se refere ao movimento. Portanto, é apenas um conteúdo da Educação Física que compreende a cultura corporal de pessoas e coletivos e se apresenta como um caminho de possibilidades na construção da saúde, mas para tanto precisa estar

voltada para o contexto do cidadão, sem perder sua ação pedagógica, podendo assim assumir um caráter coletivo, ou seja, do campo Saúde Coletiva<sup>2</sup>.

Trabalhar em saúde exige multiplicidade, interdisciplinaridade, porque esse trabalho se caracteriza como multifacetado, ou seja, com várias formas de atuação entre os mais diversos profissionais. Acredita-se que apenas dentro desta visão cooperativada é que cabem os professores de Educação Física e tantas outras profissões que compartilham os seus saberes sobre saúde.

O Conselho Nacional de Saúde reconhece hoje 14 profissões de nível superior como área da saúde, são elas: Biomedicina, Biologia, Medicina, Fisioterapia, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional, esses profissionais são fundamentais ao Sistema Único de Saúde (SUS), trabalhando interdisciplinar e intersetorialmente (educação e meio ambiente), ou seja, produzindo estratégias e mecanismos para efetivar o trabalho em equipe com qualidade e eficiência, é preciso que se criem espaços concretos para esses profissionais, a fim de que a população tenha acesso a diversidade de informação e conhecimento que essas áreas constituem. Para Velloso (p.24, 2005) “A equipe multiprofissional é, hoje, uma realidade inofismável e necessária em todos os espaços onde se praticam ações que visam melhorar a qualidade de vida e saúde e de vida das populações”.

A Constituição Federal de 1988, enquanto fruto de todo um acúmulo de mobilização de vários setores e segmentos da sociedade (Andrade e Barreto 2002), em seu artigo 196 proclama que:

---

<sup>1</sup>Coletiva- campo de atuação e de produção de conhecimento interdisciplinar

“a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução e o risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitários as ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

A partir de sua promulgação iniciou-se um processo de descentralização da saúde inédito no país, o Sistema Único de Saúde, cujos princípios básicos foram definidos como universalização, integralidade, descentralização, hierarquização e participação popular.

Sobre os princípios básicos do SUS a lei orgânica da saúde nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 em seu artigo 7º cap. II Princípios e diretrizes, dispõe:

I - Universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência.

II - Integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

IX – Descentralização político-administrativa com, direção única em cada esfera de governo.

a) ênfase na descentralização para os municípios;

b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde.

Nesse processo de consolidação, um dos maiores avanços é a descentralização com efetiva municipalização, mas sair do atual modelo de saúde que está centrado no hospital é uma mudança a ser perseguida apostando no funcionamento adequado das unidades básicas, já que elas são capazes de resolver com qualidade, cerca de 85% dos problemas de saúde da população e atuar predominantemente na promoção da saúde. Com essa finalidade houve a criação de vários programas, dentre eles o Programa de Saúde da Família (BRASIL, M S, 2004).



O Programa de Saúde da Família tem como objetivo a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios em substituição ao modelo tradicional de assistência, com a atenção centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, possibilitando as equipes uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e da necessidade de intervenções que vão além das práticas de saúde (BRASIL, M S, 1994).

Uma das características deste programa é o exercício de atividade de prevenção de doenças e promoção de saúde mediante ações domiciliares, ou comunitárias, individuais ou coletivas. Esses trabalhadores em saúde têm uma proposta de formação permanente, atuam em ambientes diferenciados e desempenham uma função que demanda uma condição física mínima, fazem parte de suas ações, o atendimento na Unidade Básica de Saúde (UBS), que se localiza dentro da zona assistida, com estrutura para atender os usuários com consultas, coletas, encaminhamentos e outros e o atendimento fora da unidade com visitas domiciliares, consultas (serviços de referência ambulatorial), orientações, bem como a circulação pela zona em que atua a sua equipe, por esta razão assume caráter ambiental evidente em suas ações.

Considerando a minha trajetória profissional, ao longo dos últimos vinte anos, dentro da Educação Física, proponho para este estudo, o tema: inserção concreta da Educação Física num programa de saúde pública e coletiva. O estudo foi delimitado no processo de trabalho da equipe do Programa de Saúde da Família (PSF) do município do Rio Grande e os conhecimentos de seus trabalhadores acerca de saúde e ambiente e atividade física.

Considero relevante a exploração deste tema já que cultura corporal de movimento e a sua relação com a saúde e o ambiente estão presentes

constantemente em todo trabalho humano e quanto mais no cotidiano de trabalhadores da saúde, entretanto ainda são muitas as colaborações que podem ser feitas nesta perspectiva.

O professor de Educação Física como um trabalhador em saúde, estabelece suas ações no âmbito da promoção da saúde, mais especificamente busca encontrar estratégias capazes de desenvolver processos de educação em saúde, levando o indivíduo e a coletividade a tornar-se mais crítico e consciente para alcançar uma vida mais saudável.

Essa pesquisa insere-se na linha de pesquisa de Organização do Trabalho da Enfermagem/Saúde, mais especificamente nas áreas de educação em saúde/saúde coletiva do Mestrado em Enfermagem e Saúde, e se realizará com a cooperação mútua da Fundação Universidade de Rio Grande e a Secretaria Municipal de Saúde de Rio Grande.

Aponto como questões norteadoras dessa pesquisa:

1) Como se configuram os conhecimentos de atividade física, saúde e ambiente da equipe do Programa de Saúde da Família?

2) Ocorrem na execução do seu trabalho diário, situações que relacionam esses assuntos?

3) Esses conhecimentos podem ser aprendidos no ambiente de trabalho?

Para Machado (2001 p. 140): “O saber não tem dono; e pode ser sempre aprimorado, Independe da graduação do interessado. Sua aplicação exige padrões éticos, em qualquer profissão ou ação humana. Independe, igualmente da ação do interessado.”

Pressuponho que no trabalho das equipes do Programa de Saúde da Família e suas funções será possível constatar a presença diária da relação de atividade física

e saúde e ambiente, pois é através do seu pensamento, fundamentado em algum tipo de conhecimento, que esses trabalhadores embasam as suas ações. E mediante essa realidade, definir então a melhor forma de intervenção a ser proposta pelo professor de Educação Física.

## 2. OBJETIVOS

### 2.1. OBJETIVO GERAL

O presente estudo tem por objetivo principal, identificar a relação entre os conhecimentos<sup>2</sup> sobre atividade física, saúde e ambiente, através do processo de trabalho das equipes do Programa de Saúde da Família no município do Rio Grande.

### 2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar o conhecimento sobre saúde e ambiente no processo de trabalho das equipes do Programa de Saúde da Família no município do Rio Grande.

Identificar o conhecimento sobre atividade física destas mesmas equipes.

Identificar as formas de utilização do conhecimento saúde e ambiente na relação com atividade física no processo de trabalho das equipes do Programa de Saúde da Família no município do Rio Grande.

---

<sup>2</sup> conhecimentos- nesse estudo o termo conhecimentos relaciona as concepções e o entendimento acerca de.

### 3. REFERENCIAL TEÓRICO

Este referencial teórico busca contextualizar o objeto deste estudo. Num primeiro momento aborda a Educação Física e as suas atribuições e a relação possível com a área da saúde, a seguir passa pelo mundo do trabalho e o processo de trabalho em si, chegando ao trabalhador em saúde com suas peculiaridades, para finalmente tratar do universo das equipes do Programa de Saúde da Família e sua prática.

#### 3.1 EDUCAÇÃO FÍSICA

A fim de que possamos fazer uso de algumas definições e conceitos em Educação Física, torna-se necessário remeter a nossa discussão, ainda que sem maior aprofundamento, para questão epistemológica que a área apresenta.

Considera-se esta questão como sendo na raiz dos conhecimentos pertinentes a área de Educação Física, ou seja, a existência de diferentes matrizes teóricas e fontes principais de conhecimentos que explicam a área e fundamentam conseqüentemente a prática .

Dentro da racionalidade científica, cuja função é legitimar a área de conhecimento, a Educação Física por vezes olha o seu objeto de forma diferente, Bracht (1999, p.42) cita as diferentes concepções do objeto da Educação Física, para qual as expressões-chave de identificação foram ou são:

- a) “atividade física”;em alguns casos, atividades físico-esportivas e recreativas;
- b) “movimento humano” ou “movimento corporal humano”, “motricidade humana” ou, ainda, “movimento humano consciente”;
- c) “cultura corporal”, “cultura corporal de movimento” ou “cultura de movimento”.

A primeira concepção, a perspectiva biologicista, traz a idéia principal que o papel da Educação Física é contribuir para o desenvolvimento da aptidão física e pertence claramente, no plano do conhecimento, ao quadro conceitual das disciplinas científicas do âmbito das Ciências Biológicas. Na segunda concepção a Educação Física passa a ser a aprendizagem motora, psicomotricidade, ela é a educação do e pelo movimento numa perspectiva de psicologia do desenvolvimento (BRACHT, 1999).

A outra perspectiva presente é a de que o objeto da educação Física é a cultura corporal do movimento que Bracht, (1999, p.45) define como:

Nessa perspectiva, o movimentar-se é entendido como forma de comunicação com o mundo que é constituinte e construtora de cultura, mas, também, possibilitada por ela... Ora o que qualifica o movimento humano enquanto humano é o sentido/significado do mover-se, sentido/significado mediado simbolicamente e que o coloca no plano da cultura.

Para Lovisolo (2000), a Educação Física está separada em quatro tribos<sup>3</sup> distintas: a da potência, a da conservação, a da estética e a da educação física escolar. Ele afirma e argumenta que os valores orientadores, os fundamentos teóricos e as práticas de intervenção, em cada tribo, têm definições e características próprias de difícil conciliação ou integração sobre elas.

A tribo da potência prima pelo resultado da performance e sacrifica valores morais e intelectuais. Além disso, está relacionada aos mais altos desempenhos atléticos, a base dos conhecimentos dessa tribo está na fisiologia do esporte e do esforço, onde se pretende elevar as possibilidades do corpo e seus limites, para tanto, faz uso de indicadores diferentes dos presentes na fisiologia da normalidade. Os campos de aplicação da tribo da potência estão no movimento olímpico e no esporte empresarial.

Já para a tribo da conservação, os professores poderiam ter formação na área biomédica, eles se colocam a favor da conservação da saúde, da qualidade de vida e do bem-estar, almejam recordes sociais como a ampliação de esperança de vida dos coletivos humanos, a longevidade dos indivíduos e a redução das taxas de doenças.

Os conhecimentos para essa tribo são consolidados a partir da fisiologia do normal, da patologia e das psicopatologias assumindo um caráter moderado, e relativizando o conhecimento especializado.

---

<sup>3</sup> O autor usa o termo tribos no sentido antropológico, por ser uma forma contemporânea de designar grupos com identidade semelhante, pessoas reunidas por um vínculo.

A tribo da estética pode ser considerada uma especialização das tribos anteriormente citadas, é a modelagem corporal, para esta tribo as academias com suas mais variadas opções de atividades, constituíram-se no local onde esse movimento se desenvolve buscando a proporcionalidade das formas.

E finalmente temos a educação física escolar que se ocupa das escolas e instituições de ensino, com os seguintes objetivos: iniciação ao esporte competitivo, desenvolvimento físico e psicomotor, saúde, recreação, formação disciplinadora moral ou crítica, formação do cidadão e até formação cognitiva. Os limites de atuação dessa tribo estão entre a tribo da potência e a da conservação, ao se aproximar ou se afastar delas, através da crítica.

Através desses autores é possível vislumbrar as diferentes concepções que a área da Educação Física pode ter, para este estudo, o corpo humano e o movimento estão compreendidos em contextos e processos sócio-históricos específicos.

Em consonância com essa concepção Daólio (2001, p.32.) diz que:

[...] a Educação Física não lida somente com o corpo ou movimento humano, não sendo esses seus objetos de estudo, conforme foi pensado durante décadas, e ainda hoje é defendido por algumas correntes teóricas. A Educação Física lida com uma cultura relacionada as questões corporais, cultura essa que foi criada e sistematizada pelo homem desde o seu surgimento , sendo constantemente atualizada e resignificada.

Adotado o pensamento de que a Educação Física está relacionada à cultura corporal, o termo cultura assume importância vital, a cultura corporal agrega todas as manifestações corporais do homem (esporte, dança, jogo...) em um determinado meio social, e torna a área mais ampla e complexa contemplando a diversidade e a pluralidade. Betti (2001, p.155), parte do entendimento que:



Educação Física é uma área de conhecimento e intervenção que lida com a cultura corporal de movimento, objetivando a melhoria qualitativa das práticas constitutivas daquela cultura, mediante referenciais científicos, filosóficos e pedagógicos. Por cultura corporal de movimento, por sua vez, entendemos a parcela da cultura geral que abrange as formas culturais que se vêm historicamente construindo, no plano material e simbólico, mediante o exercício da motricidade humana- jogo, esporte, ginásticas e práticas da aptidão física, atividades rítmicas/expressivas e dança, lutas/artes marciais, práticas alternativas.

Portanto, a Educação Física nesse contexto só pode propor como intervenção alcançar a melhoria qualitativa das práticas corporais, e torna-se condição imprescindível ao professor o olhar pedagógico<sup>4</sup> sobre o movimento em qualquer que seja o seu campo de atuação, ou seja, a intenção pedagógica com que se trata um conteúdo do universo da cultura corporal. Segundo Bracht (1999) “... nós da Educação Física, interrogamos o movimentar-se humano sob a ótica do pedagógico”.

Cabe ao professor de Educação Física orientar as diferentes possibilidades de práticas corporais, fazendo uso metodológico e científico de ferramentas prescritivas presentes em sua formação, de maneira que essas ações não sejam impositivas ou autoritárias, mas, sim articuladas no sentido de atender interesses e necessidades de pessoas ou grupos, pensando e construindo juntos propostas de trabalho. No entanto essas práticas corporais não são exclusividade da Educação Física, pois estão presentes na vida do ser humano e tampouco, podem ser compreendidas como sinônimo de saúde.

---

<sup>4</sup> Pedagógica – relativo a educação, conduzir ao processo educativo; produção e reapropriação

Carvalho (2001, p.11) propõe que:

[...] um *programa de atividade física*, não poderia ele ser um programa cujo conteúdo priorizasse a relação atividade física e saúde, a atividade física visando saúde, mas a proposta seria fundamentada na idéia de que é o conhecimento e a experiência do homem com a cultura corporal que possibilitam a ele manifestar-se, expressar-se visando a melhoria de sua saúde. ... Desloca-se a idéia de saúde como processo e resultado das opções na vida, opções essas relativas ao trabalho, à moradia, ao lazer, mas especialmente nos valores e princípios da vida que se quer, que se acredita ser melhor.

### 3.2. EDUCAÇÃO FÍSICA, AMBIENTE E SAÚDE.

O conceito de saúde esteve, por um longo tempo, preso a simples compreensão do binômio saúde-doença, ou seja, saúde como sinônimo de ausência de enfermidades, atualmente a saúde deve ser compreendida como um fenômeno multidimensional, que envolve aspectos físicos, psicológicos e socioambientais, todos interdependentes. Segundo Tambellini e Câmara (1998), considera-se também saúde como um bem em si, um valor humano desejado, uma meta ideal a realização e gozo do potencial humano.

A concepção de saúde está diretamente ligada a compreensão que se têm de organismos vivos e sua relação com o meio ambiente, apontando assim, a sua complexidade, pois além de ambiente, o termo saúde incorpora outros fatores como alimentação, moradia, trabalho, renda, transportes, ecologia, educação, lazer e esportes etc., esses, entre outros, conjuntamente são fundamentais para a manutenção do equilíbrio humano, interferindo, então na conquista de mais saúde.

Estar saudável não é uma condição destinada a durar para sempre no ser humano, ele necessita da construção diária dessa condição aliada a uma série de fatores como já vimos, evidenciando dessa forma o fato de que saúde é educável, e possui um caráter de equilíbrio dinâmico. Ao nos referirmos a saúde humana, nos referimos também a questões políticas que envolvem basicamente a cidadania e a ética. Para Carvalho (2001b, p.14):

A saúde não é um objeto, um presente... A saúde resulta de possibilidades, que abrangem as condições de vida, de modo geral, e, em particular, ter acesso a trabalho, serviços de saúde, moradia, alimentação, lazer conquistados - por direito ou por interesse- ao longo da vida.

Saúde e ambiente estão relacionados entre si, à medida que se comprometem com a conservação da vida local e global, pois, o ambiente não é só o lugar, espaço que cerca, local onde se vive, natureza, é também o contexto, as relações presentes nesse espaço, isto é, as relações dos próprios seres vivos entre si e com as coisas no planeta. Reigota (1994, p.21), define meio ambiente como:

Um lugar determinado e/ou percebido onde estão relações dinâmicas e em constante interação os aspectos naturais e sociais. Essas relações acarretam processos de criação cultural e tecnológica e processos históricos e políticos de transformação da natureza e da sociedade.

Pensar em saúde e ambiente é buscar compreender que estas duas concepções são inseparáveis, tanto no que se refere aos aspectos políticos como aos aspectos conceituais.

No mundo, nos anos setenta<sup>5</sup>, e no Brasil, um pouco depois, nos anos oitenta<sup>6</sup>, começou a estruturação de um discurso ambiental da sociedade pela análise crítica do desenvolvimento econômico e o uso desmedido dos espaços, chegando ao final do séc. XX com uma racionalidade ambiental estruturada. A racionalidade ambiental estruturada que questiona a produção e busca, portanto, um desenvolvimento sustentável. É por esta razão, numa perspectiva atual e ampliada tanto o termo saúde, quanto o termo ambiente estão, de certa forma, baseados em valores como: democracia, equidade, justiça e qualidade vida.

Entende-se por democracia que pessoas comuns constituam a fonte de autoridade política, escolhidas pela maioria sem privilégios ou arbitrariedades, visando o bem estar comum, em escalas menores. A democracia será exercida com a participação comunitária, a justiça garante os direitos á propriedade e formas concretas de acesso a esses direitos.

Já a equidade pode ser compreendida como o propósito de diminuir as desigualdades e reconhecer as minorias além de ser uma virtude fundada no respeito aos princípios das leis humanas e naturais e o termo qualidade de vida enquadra itens essenciais, como: alimentação, moradia, trabalho, educação, saneamento e transporte.

A Agenda 21, documento assinado por 179 países, durante a Rio 92, é a proposta mais consistente que existe de continuarmos desenvolvendo nossos países e nossas comunidades sem destruir o meio ambiente e com maior justiça social.

---

<sup>5</sup> Destaca-se a Conferência das Nações Unidas sobre ambiente Humano realizada em Estocolmo, em 1972, que tratava especificamente da degradação do meio ambiente.

<sup>6</sup> No Brasil o controle ambiental começa de forma jurídica e institucional com a criação da lei nº6938/81 que estabelece a Política nacional de Meio ambiente e o conselho Nacional de Meio ambiente.

A vinculação entre saúde e ambiente, enquanto unidade, é vista nas relações de interações complexas entre os seres vivos e o meio ambiente, nas suas diferentes formas de vida, na ação humana sobre o meio, de modo que exerça ou estabeleça alguma influência sobre a saúde e o bem estar das pessoas e do meio referem-se aos aspectos físico e social do nosso entorno (residências, comunidade, trabalho e lazer). Para Tambellini e Câmara (1998) essa vinculação fica clara à medida que:

[...] os níveis de saúde encontrados no/nas coletividades são conseqüências do jogo complexo de interações que se desenvolvem no interior de formações sociais definidas. E é neste sentido que o nível de saúde de uma coletividade é contingente em termos ambientais e sociais às relações de produção e sua dinâmica, ao se relacionarem e/ou submeterem os indivíduos e seus coletivos, distribuem possibilidades diferenciadas de exposições aos agentes, cargas e riscos, fase pretérita-iniciante aos processos mórbidos. Assim a questão da saúde passa a apontar para o plano das relações entre produção, ambiente e saúde.

Desse modo, o paradigma atual de saúde concebe, a idéia de que saúde é produzida socialmente e está articulada com o ambiente nos aspectos conceituais; assim, a promoção de saúde tem relação com um conjunto de valores: vida, saúde, solidariedade, equidade, participação social, parcerias, desenvolvimento, justiça social, revalorização da vida.

O conceito de ambiente saudável da Organização Pan Americana (OPAS, 2004 p.1) expressa a relação ambiente e saúde como interdependente e inseparáveis, para tanto, baseia-se na denominação de Milton Santos de ambiente como lugar, território vivo em que se dão as relações dos homens e natureza, ela considera que esses ambientes podem e devem ser favoráveis à saúde. Segundo a OPAS:

É essencial capacitar pessoas no seu viver cotidiano para lidar com sua saúde e enfrentar seus momentos de adoecimento. Esta tarefa pode ser realizada nas escolas, nos lares, nos locais de trabalho e em espaços comunitários. As ações podem partir de organizações governamentais, instituições educacionais, profissionais, comerciais e trabalho voluntário.

Ela sugere o acompanhamento sistemático do impacto que as mudanças no meio ambiente produzem sobre a saúde, particularmente nas áreas de produção de energia, de alimentos, e de bens de consumo.

As ações da Educação Física relacionada à saúde e ambiente se estabelecem no âmbito da promoção de saúde, mais especificamente em estratégias que levem a educação em saúde. Candeias (1997 p.3), conceitua promoção de saúde como:

uma combinação de apoios educacionais e ambientais que visam atingir ações e condições de vida conducentes à saúde, sendo que, a combinação refere-se à necessidade de mesclar os múltiplos determinantes da saúde (fatores genéticos, ambiente, serviços de saúde e estilo de vida), com múltiplas intervenções ou fontes de apoio. Os apoios educacionais referem-se à educação em saúde caracterizada por quaisquer combinações de experiências de aprendizagem delineadas com vistas a facilitar ações voluntárias conducentes a saúde e os apoios ambientais referem-se as circunstâncias sociais, políticas, econômicas, organizacionais e reguladoras, relacionadas ao comportamento humano, assim como a todas as políticas de ação mais diretamente relacionada à saúde.

A promoção de saúde requer mudanças amplas na ordem estrutural, as quais incluem ações políticas e econômicas, da mesma forma que a educação em saúde está ligada ao processo de ensino-aprendizagem, que pode se dar em vários locais, formais como a escola ou não formais como o trabalho e é, portanto apenas parte do processo de promoção de saúde.

Restepo *apud* Andrade e Barreto (2002) coloca que a criação do termo promoção de saúde foi de Henry Sigerist, na segunda metade do séc. XIX, para

denominar ações embasadas em educação sanitária e ações do Estado para a melhoria das condições de vida. O modelo Lalonde (1974) adotado pelo Canadá redimensionou a promoção de saúde tomando como base os seguintes determinantes da saúde: 1) espaço biofísico; 2) fatores sociais – aspectos econômicos e estruturais; 3) atributos individuais – estilo de vida e 4) herança genética.

A VIII Conferência Nacional de Saúde (1986) considerou uma proposta ampliada de saúde e qualidade de vida, ela visou, sobretudo, a reestruturação financeira, organizacional e institucional no país do setor público de saúde, os enfoques desta conferência foram Universalização, Descentralização, Intersetorialidade e Controle Social. (Minayo, 2002). A saúde ficou assim definida (Brasil, 1986):

Resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social de produção, as quais geram grandes desigualdades nos níveis de vida.

No Brasil vários autores se somaram nas bases discursivas da reforma sanitária norteadora do Sistema Único de Saúde, surge então uma ligação entre dois discursos a promoção de saúde, universal, e de outro a brasileira que fundou o Sistema Único de Saúde, o que coloca os processos de saúde numa perspectiva macroestrutural, histórica, e de cumplicidade biosférica.

As Conferências Internacionais de Promoção de Saúde começaram em 1986, e determinaram em seus respectivos discursos o seguinte (Ministério da Saúde, 2001):

I Conferência Mundial de Promoção de Saúde - Ottawa, 1986, determinou que as condições e os requisitos para a saúde são: a paz, a educação, a moradia, a renda, o ecossistema saudável, a justiça social e a equidade, a carta dessa conferência definiu promoção de saúde como: o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado completo bem estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber indicar 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 de saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem estar global.

II Conferência Mundial de Promoção de Saúde - Adelaide, 1988, gerou a II Carta Mundial de Promoção de Saúde indicando quatro áreas de atuação: saúde das mulheres, acesso à alimentação e nutrientes saudáveis, redução do consumo de tabaco e álcool e criação de ambientes saudáveis.

III Conferência Mundial de Promoção de Saúde - Sundsvall, 1991, foi uma pré-Rio-92, e considerou que os fatores prejudiciais à saúde combinam condições físicas e sociais.

IV Conferência Mundial de Promoção de Saúde - Jacarta, 1997, a declaração de Jacarta estabeleceu cinco prioridades para a promoção da saúde até o século XXI: promoção da responsabilidade social da saúde; aumento da capacidade da comunidade e do empoderamento dos indivíduos; expansão e consolidação das



alianças para a saúde; incremento das pesquisas voltadas para o desenvolvimento da saúde; asseguração de uma infra-estrutura para a promoção da saúde.

V Conferência Mundial de Promoção de Saúde – México, 2001, a organização desta conferência incluiu três objetivos básicos: demonstrar como a promoção da saúde faz diferença na qualidade de vida; posicionar a saúde na agenda das agências de desenvolvimento internacionais, locais e nacionais; estimular alianças para a saúde entre os diferentes atores em todos os níveis da sociedade.

A partir dessa evolução histórica da promoção de saúde no Brasil e no mundo é que a educação física ganha maior relevância relacionada à área de saúde, e se criam espaços para essa conexão, com uma real possibilidade de articulação.

Para este estudo o objeto/sujeito que faz a ligação entre a Educação Física e a promoção de saúde, é o corpo e suas dimensões, através de um olhar biopsicosocial, valorizando o humano, a democracia e o contexto, ou seja, a cultura corporal. Nesse sentido, Carvalho (1995 p.33) diz que: “O corpo representa, a depender da época e do espaço, valores vigentes na sociedade”.

Magnani (2001, p.18) também se referindo ao corpo afirma que: “[...] o corpo não é apenas um suporte para símbolos, mas ele próprio é uma construção social e só se torna inteligível no imaginário e quadro conceitual de cada cultura em particular”.

A cultura corporal deve ser compreendida no sentido antropológico do termo considerando que todo indivíduo nasce no contexto de uma cultura, traduzindo assim essa cultura como produto da sociedade e da coletividade. Portanto, promoção de saúde, mais especificamente no caso da Educação Física, a educação em saúde vai se dar dentro de uma cultura corporal, através das práticas corporais.

A atividade física é apenas uma das várias possibilidades de manifestação da educação física, é um instrumento de expressão do conteúdo e pode ser definida segundo o Carvalho (1995, p.49) como:

[...] toda e qualquer ação humana que comporte a idéia de trabalho como conceito físico. Realiza-se um trabalho quando há gasto de energia. O gasto de energia ocorre quando o indivíduo se movimenta. Tudo que é movimento humano, desde fazer sexo até caminhar no parque, é atividade física.

Muito embora a atividade física esteja vinculada a idéia do “fazer”, como sinônimo de gasto calórico, a sua conotação tem de ser ampliada, considerando a cultura e história como suas integrantes, transcendendo a física clássica.

Existem atualmente muitos argumentos, tanto da área médica, como da área de educação, a favor da atividade corporal seja por benefícios fisiológicos, psicológicos ou até mesmo morais.

Carvalho (2001b, p. 18) salienta a tendência para o tema atividade física visando à promoção de saúde, classificando-a como prevenção primária:

[...] a prevenção à saúde está determinada pelo desenvolvimento econômico, pela distribuição eqüitativa da renda, pelo lazer, pela educação sanitária, pela alimentação e pelo exercício físico. Mas não pode estar desvinculada da proteção contra doença, que por sua vez, diz respeito ao saneamento básico, às vacinas, ao aconselhamento genético (associado ao conceito de risco) e ao exercício físico também. É uma ação para o coletivo.

A prática de atividades físicas é um importante argumento das Ciências Biológicas para um melhor funcionamento do corpo humano. Exercícios físicos, que nada mais são do que a atividade física estruturada, orientada e regular, são

capazes de prevenir algumas doenças, assim como também promover muitos ganhos no que se refere ao funcionamento do corpo humano.

O trabalho físico voltado para objetivos fisiológicos pré-determinados tem algumas especificidades, são elas:

O exercício aeróbico, aquele que é realizado na presença de oxigênio, trabalha o corpo em suas capacidades respiratória e cardiovascular, a prática destes exercícios prevê alguns benefícios como, a melhora de taxas metabólicas entre elas; o nível de açúcar e colesterol, assim como também um consumo de oxigênio menor ao longo do tempo e um coração mais forte capaz de bombear mais sangue em menos vezes. Já o trabalho localizado e de flexibilidade se ocupam em promover no organismo uma certa tensão (força) no aparelho músculo esquelético, com o objetivo de que ele suporte as exigências biomecânicas do dia-a-dia. A combinação mínima dessas habilidades motoras constitui uma variável importante do ponto de vista orgânico da atividade física é a chamada aptidão física referenciada à saúde. Disso decorre a necessidade de combinar tais características a fim de obter um saldo positivo maior com a prática de exercícios, é dentro da cultura corporal que a aptidão física referenciada à saúde pode desenvolver ações de promoção de saúde, como fonte de apoio educacional aos diferentes sujeitos.

Pensando ainda sob este aspecto é preciso considerar as diferenças biológicas entre seres humanos da mesma espécie. Com base nessa idéia, Dantas (1997) diz que: “A individualidade biológica diz respeito às diferenças existentes entre as pessoas quanto à carga genética (genótipo) e às experiências adquiridas após o nascimento (fenótipo)”.

É claro que os cuidados com o corpo são importantes no sentido de prevenção de doenças, enfim de preservação da vida, mas a vida tem que ser bem

vivida e para isso são necessárias tantas outras coisas como habitação, educação, alimentação, democracia e cidadania. Para Carvalho (1995 p. 72),

[...] a educação física é fonte de bens específicos, de serviços que formam e conformam, juntamente com os demais bens produzidos por outros setores da sociedade, a qualidade de vida da população. Desse ângulo, a educação física realiza uma relevante tarefa não só social, mas também econômica.

O professor de Educação Física ao desenvolver a sua tarefa não pode se ater a uma visão reducionista de que atividade física produz saúde, e muito menos reproduzir ingenuamente os apelos da mídia, que ao invés de educar faz justamente o contrário, cabe a ele uma postura crítica diante deste apelo de consumo. Em princípio, a prática de exercícios físicos é um caminho de possibilidades para uma vida saudável, mas não pode em hipótese alguma ser garantia para isso, uma vez que como vimos, o conceito de saúde é bem mais complexo que estar apto fisicamente. Carvalho (2001b, p.17) explica essa relação ao afirmar que:

A saúde está diretamente vinculada à capacidade de cidadania e poder. Por outro lado, precisamos também aprender e ensinar o outro a trabalhar os limites do corpo. Negar esses limites – físicos, biológicos, fisiológicos, metabólicos, anatômicos,- é renunciar a especificidade social da área. Lidar com a doença, a velhice, o desgaste físico, a dor é restabelecer a dimensão individual.

É evidente que para o efetivo exercício de suas atividades, o professor de Educação Física lançará mão dos seus conhecimentos específicos de fisiologia e anatomia aplicados a atividade física, mas estes conhecimentos devem ser usados de forma consciente, crítica e contextualizados, ou seja, com uma certa complexidade na concepção do todo, devem prevalecer sempre às ações que

privilegiem o bom senso, o lúdico e o prazer. Maturana (2001, p. 33) escreveu que: “Não há descontinuidade entre o social, o humano, e suas raízes biológicas. O fenômeno do conhecer é um todo integrado e está fundamentado da mesma forma em todos os seus âmbitos”.

Na dimensão do coletivo, o professor de Educação Física, deve desenvolver o seu trabalho obrigatoriamente relacionando o ser humano socioambiental, biológico, psicológico, e espiritual de tal maneira que ele possa ser percebido nas suas particularidades e individualidades.

A atividade física, como instrumento de trabalho do professor de Educação Física, não pode se ater apenas à mecanização de gestos, o corpo que realiza tais gestos pensa, e se relaciona com o mundo através desses gestos. Tratar da cultura corporal de um determinado grupo requer do profissional a visualização do movimento de seus componentes em interação com os outros e consigo mesmo.

A Educação Física numa perspectiva biológica se coloca cientificamente a favor da vida do organismo. Mas as necessidades de cada organismo variam de acordo com o seu tempo histórico, e o tempo histórico traduz o modo de viver de uma sociedade, na verdade o biológico está atrelado ao social de tal forma que é impossível separá-los, muito embora às vezes o profissional não se lembre disso. Para tanto, Lovisolo (2000 p.91), reforça esse comprometimento afirmando que:

Saúde, longevidade, fadiga são valores culturais, não, biológicos. Os valores culturais dependem de seus contextos de geração, reprodução transformação. As transferências e as reapropriações implicam complicados mecanismos e formam um interessante campo de estudos.

O homem expressa simultaneamente, pelo seu comportamento corporal tanto a dimensão orgânica quanto a sua característica cultural, por isso é impossível aceitar essas separações (DAÓLIO, 2001).

### 3.3. TRABALHO

O mundo do trabalho, ainda hoje, é regido ferozmente em grande parte pelas leis do *capital* e fazem parte do nosso cotidiano com ações que são guiadas a produzir mais valor dentro da sociedade, por este motivo o trabalho pode ser considerado uma categoria útil no estudo de uma população.

Cezar-Vaz (1999 p.66) expressa o seu conceito de trabalho assim:

O trabalho é, pois, nuclear na vida de cada indivíduo e se expressa pela produção do indivíduo em estruturas materiais e sociais. De forma mais imediata em estruturas materiais, como sejam as obras do artesão, do artista ou do trabalhador, mas também em estruturas ou conjunto de ações e de relações propriamente sociais, como um sistema de ensino, um sistema de saúde, uma fábrica, uma empresa, ou um órgão público.

A definição de trabalho está inserida no seu momento histórico, o que nos impede uma conceituação definitiva a este respeito, tal conceito tem um caráter dinâmico e, portanto apresenta uma impossibilidade de cristalização. Com relação ao trabalho Leopardi, (1999 p. 16) diz que:

Neste séc. XX ainda marcado pela divisão social do trabalho, as diversas práticas sociais são classificadas não de acordo com a felicidade e bem estar dos indivíduos, mas de acordo com uma ordem econômica constituída pela exclusão tanto mais acentuada quanto mais baixo eles estiverem na escala social. Assim determinadas atividades são mais valorizadas que outras, a depender da quantidade e qualidade dos bens produzidos, de acordo com essa escala. Trabalhos que não produzam riqueza imediatamente serão menos valorizados, quanto mais, se ao contrário, exigirem investimentos da sociedade sem retorno imediato. É neste campo que se encontram as atividades de assistência à saúde.

Ambas autoras, portanto, reafirmam a relação evidente entre trabalho e capital. Se por um lado percebe-se o grande incremento tecnológico das últimas décadas, que surgiu para melhoria da qualidade de vida de todos, percebe-se também, que o acesso a ele não é possível por todos. No Brasil, por ser considerado um país em desenvolvimento, encontra-se a relação capital-trabalho em vários níveis, ou seja, desde a valorização mais justa e proporcional à atividade desenvolvida, passando pela exploração dos trabalhadores e até mesmo excluindo esses trabalhadores do mercado. Este quadro traz muitas conseqüências como, por exemplo: o aumento do desemprego, da concentração de renda, da desigualdade, da exploração, e da pobreza.

Segundo Leopardi (1999 p. 9),

Partimos da premissa que o trabalho como atividade humana é por natureza relação entre sujeito e objeto, cuja conseqüência não é uma modificação unilateral, mas uma mútua transformação que se torna transformação que se torna imediatamente movimento, de complexidade crescente.

A partir dessas “verdades”, o trabalho pode ser compreendido então, como um espaço de reprodução de valores e idéias, e dessa forma um espaço de aprendizagem do trabalhador, não só de coisas relacionadas a sua produção

(objeto), como também de coisas relacionadas a sua humanização (sujeito). Enguita.

(1993 p. 222) confirma essa perspectiva dizendo:

[...] Também deve estar claro que essa aprendizagem não se efetua apenas através das práticas escolares, mas também por meio de inculcação de uma mensagem ideológica, embora este ponto não precise de análise por seu caráter óbvio. Digamos, enfim, que esta aprendizagem das relações sociais de produção não é, naturalmente, uma única função da escola.

A apropriação e a produção de conhecimentos pode significar qualificar-se melhor para execução das tarefas impostas pelo trabalho, é uma via de agregação de mais valor a seu potencial de produtividade, ou ainda de crescimento pessoal, cultural, isto é, social. De acordo com Enguita (1993 p. 189) “a educação apresenta-se assim como o processo de conversão do trabalho simples em trabalho complexo, ou de qualificação do trabalho em geral”.

De certa forma fica explícito, que o trabalho pode ser um local de educação informal, ou seja, não é o espaço metodologicamente criado para esta função, mas no qual ela acontece também. Enquanto aprende, o trabalhador ensina; este é um dos pressupostos básicos da ação educativa, ora sujeito, ora objeto.

A prática educativa enquanto fenômeno é parte da existência humana. Os seres humanos estão num constante processo de aprendizagem, de invenção e reinvenção do seu modo de viver, seja no trabalho, na escola, na família ou em tantos outros espaços de sua vida.

Ao analisarmos os trabalhadores em saúde, constata-se que eles conservam em suas estruturas não só esta lógica do ponto de vista da ação pedagógica, como



também a das leis de mercado e, ainda as questões específicas da área de saúde.

Pires (1999 p. 29) descreve o trabalho em saúde da seguinte forma:

O trabalho em saúde é um trabalho essencial para vida humana e é parte do setor de serviços. É um trabalho da esfera da produção não-material, que se completa no ato de sua realização. Não tem como resultado, um produto material, independente do processo de produção e comercializável no mercado. O produto é indissociável do processo que o produz, é a própria realização da atividade. A prestação do serviço assistência de saúde – pode assumir formas diversas como a realização de uma consulta; uma cirurgia; um exame diagnóstico; aplicação de medicações; ações preventivas, individuais ou coletivas; ações de cuidado e/ou conforto; orientações nutricionais, etc. Envolve, basicamente avaliação de um indivíduo ou grupo, seguida da indicação e/ou realização de uma conduta terapêutica.

O objeto/sujeito de trabalho dos profissionais da saúde são os indivíduos ou grupos de indivíduos estejam eles doentes, sadios ou expostos a riscos. A ação desses profissionais poderá ser terapêutica, educativa e preventiva na manutenção da saúde. Compete a cada profissional lançar mão de métodos e técnicas referentes a sua área de atuação, porém o trabalho em saúde hoje, devido a sua complexidade, exige uma atuação interdisciplinar de seus trabalhadores, a fim de superar a especificidade dos conhecimentos e proporcionar um produto que contemple as várias dimensões. Para Cezar-Vaz (1999 p. 63) a saúde e a significação do trabalho podem estar relacionadas assim:

a saúde, enquanto produto das relações sociais do homem, é um universal concreto, que se expressa nas formas biológicas do indivíduo e nas estruturas das ações coletivas. Essas ações, porque se situam essencialmente na exterioridade do mundo dado, são, ao mesmo tempo, expressão e condição de desenvolvimento das formas biológicas, postas na individualidade do sujeito estruturalmente social. O conteúdo das ações de assistência a saúde, do trabalho em saúde, se transforma ao longo do tempo, ao se desdobrar em substancialidade mediada por relações sociais, cada vez mais complexas e articuladas por interesses diversos. É a partir do interesse que se produzem e se recriam novos conceitos para serem operados ou para se porem em materialização. A produção de conhecimentos - este foco em particular - está intrinsecamente ligada às condições de produção da existência, num conjunto de relações metafóricas de transposição de posse entre o ser humano, seu estado in-congruente e o trabalho.

O trabalho em saúde só pode se desenvolver plena e efetivamente ao se estabelecer no âmbito da cooperação entre os vários profissionais que podem compor o quadro de trabalhadores e a interação de suas áreas, o que o caracteriza como trabalho coletivo e interdisciplinar.

É nesse paradigma de trabalho, que se concebe a Educação Física na promoção de saúde, com seus saberes específicos, que ainda que bem contextualizados, devem ser somados aos saberes de outros profissionais, seja para os próprios trabalhadores da saúde como, por exemplo, através de um olhar para a atividade física desenvolvida no ambiente de trabalho das equipes do Programa Saúde da Família ou mesmo em outros espaços com outros atores.

Se a especificidade dos conhecimentos não for vista assim, ela acaba por limitar a ação do profissional, que fica sem a compreensão da totalidade. De acordo com Pires (1999 p.29), o trabalho em saúde deve considerar:

[...] a possibilidade da realização de um trabalho coletivo integrador da diversidade de formação dos profissionais de saúde. Um trabalho criativo que possibilite a satisfação pessoal e a integração do potencial humano do trabalhador, com vistas a superar a realidade majoritária do lócus do trabalho como um espaço de deformidade”.

Somente na perspectiva inter, trans e multidisciplinar da saúde é que podemos vislumbrar as mais variadas profissões neste campo coletivo de atuação, desde o médico, os enfermeiros, as assistentes sociais, os professores de Educação Física, os agentes comunitários e tantos outros trabalhadores.

Todo trabalho humano tem uma intenção, um olhar sobre o objeto/sujeito a ser trabalhado e para isso faz uso de instrumentos a fim de propor a transformação desse objeto/sujeito, a ação em si, por este motivo o trabalho tem um caráter objetivo e subjetivo ao mesmo tempo. Segundo Gonzaga (1992 p. 6)

[...] todo processo de trabalho, só o é no mundo real, só se concretiza objetivamente, mas sempre é guiado pela consciência. E a consciência gera conhecimentos que mediarão o processo, que o intelectualiza, seja na teorização do objeto sobre o qual atua, na elaboração de instrumentos e até na teorização do seu próprio processo de trabalho.

O trabalho em saúde pode ser explicado de forma sistemática através do processo de trabalho, esse processo é constituído de elementos indissociáveis que são: a finalidade - para quê? o objeto-sujeito—o quê? (como elemento necessário ao processo, dotado de consciência crítica) Instrumental – métodos e técnicas e o produto final em si. Pires (1999 p.32) caracteriza esse processo assim:

O processo de trabalho dos profissionais em saúde tem como **finalidade**-a ação terapêutica a saúde; como **objeto** - o indivíduo ou grupos doentes, sadios ou expostos a risco, necessitando medidas curativas, preservar a saúde ou prevenir doenças; como **instrumental de trabalho** - instrumentos e as condutas que representam o nível técnico do conhecimento que é o saber da saúde e o **produto final** é a própria prestação da assistência de saúde que é produzida no mesmo momento em que é consumida.

Este estudo se desenvolveu a partir do processo de trabalho das equipes de PSF cuja finalidade é assistir e promover saúde numa determinada área do município. Os elementos que constituem o processo de trabalho das equipes do PSF são os profissionais das equipes trabalhadores em saúde, o objeto - sujeito são as famílias em seu espaço social, e as ações instrumentais devem ser voltadas para a atenção clínica, vigilância em saúde, bem como a promoção de saúde (Bromberger, 2003a).

No item a seguir, uma breve incursão histórica sobre o PSF, sua implantação, a atual situação e perspectivas.

#### 3. 4. TRABALHADORES EM SAÚDE: O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

A partir da Constituição Federal de 1988 que definiu como princípios do Sistema Único de Saúde a universalização, a integralidade, a descentralização, hierarquização, e a participação popular. Muitas iniciativas foram tomadas na direção de incorporar e reafirmar os princípios básicos do SUS com a criação de vários programas.

Na estruturação do SUS, a municipalização é fundamental trazendo o poder de muitas decisões para esferas mais próximas das suas realidades. Embora, o modelo “hospitalocêntrico”, baseado na doença, ainda esteja enraizado nesse novo paradigma de saúde, ao investir na atenção básica, através do funcionamento adequado das unidades básicas, será possível responder com qualidade aos problemas de saúde da população.

Para facilitar o acesso das pessoas aos serviços de saúde, eles devem estar próximos de onde as pessoas vivem ou trabalham a fim de serem resolutivos, oportunos e humanizados. (BRASIL, MS, 2004)

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde-PACS iniciado em junho de 1991 foi o precursor do Programa Saúde da Família-PSF, que começou em janeiro de 1994, incorporando e ampliando a atuação dos agentes comunitários (BRASIL, MS, 1994).

O PSF propõe um amplo investimento no primeiro nível de atenção – a ATENÇÃO BÁSICA – a fim de possibilitar a organização e o adequado funcionamento de serviços de alta e média complexidade, sem perder de vista o compromisso da integralidade.

É uma estratégia para reverter a forma atual de prestação de assistência á saúde, onde as unidades básicas de saúde incorporam ações programáticas de uma forma mais abrangente e passam a lidar com ações intersetoriais, por exemplo: educação, saneamento, meio ambiente e outras, promovendo a qualidade de vida e intervindo nos fatores que a colocam em risco.

Ao utilizar melhor os recursos existentes, o PSF racionaliza e garante o acesso de todos aos procedimentos mais complexos por isso é uma prática

complexa, que requer novos campos do conhecimento, desenvolvimento de habilidades e mudanças de atitude. O PSF tem como pressuposto uma atuação diferenciada, onde o vínculo, a co-responsabilidade e o sentimento de pertencer à comunidade são traduzidos em valorização profissional e formas diferenciadas de remuneração.

Trabalha tendo as famílias como aliadas na construção de uma vida saudável e no processo de cura, reabilitação e pressupõe uma grande interação com a comunidade (que tem uma necessidade, que vai gerar finalidades), para o conhecimento da sua realidade, definição das prioridades, desenvolvimento das ações individuais e coletivas, que promovam a qualidade de vida na direção do município saudável.

O trabalho é desenvolvido em equipe, numa busca permanente de comunicação e troca entre os saberes dos profissionais da equipe e o saber popular do agente comunitário de saúde e da população. As equipes são compostas por no mínimo um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e 5 ou 6 Agentes Comunitários de Saúde. Cada equipe se responsabiliza pelo acompanhamento de cerca de 1000 famílias (limite máximo de 4.500 pessoas) de uma determinada área, que passam a ter um vínculo e uma co-responsabilidade no cuidar-se, juntamente com as equipes.

As atribuições dos membros das equipes são as seguintes:

-Médico:

Atende a todos integrantes de cada família, independente de sexo e idade, desenvolve com os demais integrantes da equipe, ações preventivas e de promoção de qualidade de vida da população.

-Enfermeiro:

Supervisiona o trabalho dos ACS e do auxiliar de enfermagem, realiza consultas na unidade de saúde, bem como assiste às pessoas que necessitam de cuidados de enfermagem, no domicílio.

-Auxiliar/Técnico de enfermagem

Realiza procedimentos de enfermagem na unidade básica de saúde, no domicílio e participa de ações educativas junto a equipe e executa ações de orientação sanitária.

-Agente Comunitário de Saúde

Faz a ligação entre as famílias e o serviço de saúde, visitando cada domicílio pelo menos uma vez por mês; realiza o mapeamento de cada área, o cadastramento das famílias e estimula a comunidade para práticas que proporcionem melhores condições de saúde e de vida.

Cada equipe é capacitada para (BRASIL, MS, 2004):

- Conhecer a realidade das famílias pelas quais é responsável, por meio de cadastramento e diagnóstico de suas características sociais; demográficas e epidemiológicas;
- Identificar os principais problemas em saúde e situações de risco aos quais a população que ela atende está exposta;
- Elaborar, com participação da comunidade, um plano local para enfrentar os determinantes do processo saúde/doença;
- Programar atividades e reestruturar o processo de trabalho;

- Executar os procedimentos de vigilância à saúde e de vigilância epidemiológica, nos diversos ciclos de vida;
- Atuar no controle de doenças transmissíveis como a tuberculose, a hanseníase, as DSTs e AIDS, e infecto contagiosas em geral, das doenças crônico-degenerativas e doenças relacionadas ao trabalho e ao meio ambiente;
- Prestar assistência integral, respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda, organizada ou espontânea, na unidade de saúde a família, na comunidade, no domicílio e no acompanhamento ao atendimento nos serviços de referência ambulatorial ou hospitalar;
- Valorizar a relação com o usuário e com a família para criação de vínculo de confiança, que é fundamental no processo de cuidar.
- Desenvolver ações no âmbito da promoção de saúde e articular o setor de saúde com outros setores do município como educação, meio ambiente, segurança, geração de emprego e renda, entre outros, elevando a qualidade de vida da população e garantindo a sua cidadania.

Enfim o PSF é um programa que se propõe a trabalhar com a vigilância à saúde em todas as fases da vida, responsabilizando-se integralmente pela população de sua área de abrangência. O trabalho é de uma equipe multiprofissional, na qual todos os saberes são respeitados.



A primeira equipe de PSF do município de Rio Grande foi em 1998, precedida de várias etapas necessárias a sua implantação, atualmente a Secretaria Municipal de Saúde conta com o trabalho de dezenove equipes atendendo aproximadamente 35% da população (BRASIL, 2005).

As expectativas de ganhos do município com o PSF implantado giram em torno do fato que um maior número de pessoas passa a ser atendido, recebendo assistência contínua e qualificada. Melhoram os indicadores de saúde, diminui-se o número de exames complementares, de consultas especializadas, de encaminhamentos de emergência e urgência e internações hospitalares desnecessárias.

Mas a participação comunitária é essencial, construir espaços onde a comunidade possa se pensar é fundamental para o sucesso do PSF, aliás, esse exercício é um caminho que leva a comunidade a exercer a sua cidadania, pois, requerem compromisso de ambas as partes.

Exercer as atividades que estão relacionadas à função dos trabalhadores das equipes de do PSF, implica numa demanda física considerável, de que maneira então, esses trabalhadores executam suas atividades, sem implicar em riscos a sua própria saúde?

É fácil constatar a presença diária das influências do ambiente e da atividade física no processo de trabalho da equipes de PSF resta saber, de que modo eles lidam com ela, por ser a promoção de saúde processo e produto principal das suas ações e, portanto o conhecimento que ele desenvolve e promove a partir disso. Serão a partir das constatações feitas que poderão surgir ou não, as possibilidades de contribuição do professor de Educação Física nesse ambiente de trabalho.

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

Esta é uma pesquisa de corte transversal orientada por caráter descritivo-exploratório e analítico-quantitativo que estudou os conhecimentos referentes a atividade física, à saúde e ao ambiente das equipes que compõe atualmente o Programa de Saúde da Família (PSF) no município do Rio Grande, buscando uma visão geral dessa realidade.

### 4.2 LOCAL DE ESTUDO

A pesquisa foi desenvolvida na rede básica de serviços públicos de saúde do município do Rio Grande, estado do Rio Grande do Sul com as equipes que integram o Programa de Saúde da Família-PSF no referido município.

A cidade do Rio Grande situa-se no extremo sul do Brasil e constitui-se por uma região de planície costeira do Rio Grande do Sul, fazendo limite ao norte com o município de Pelotas e a Lagoa dos Patos, ao sul com a cidade de Santa Vitória do Palmar; a leste com o Oceano Atlântico e o canal do Rio Grande; e a oeste com o município de Pelotas, Arroio Grande e a Lagoa Mirim, tem uma população estimada em 189.000 habitantes (IBGE 2000).

Devido, então, as suas características geográficas, uma boa parte da economia local está baseada em atividades ligadas à pesca, a indústria do adubo, a agropecuária e ao Porto do Mercosul.

O município do Rio Grande pertence a Macro-região Sul de Saúde do Rio Grande do Sul, pertencentes à 3ª coordenadoria Regional da Saúde –3ªCRS, dentre as 19 regiões administrativas da Secretaria Estadual da Saúde. A 3ª CRS tem sua sede em Pelotas e abrange um total de 22 municípios.

Atualmente a Secretaria Municipal da Saúde e mais especificamente a Coordenação do Programa Saúde da Família, conta com dezenove equipes e a cobertura de 35% da população, ou seja, segundo dados dessa Secretaria são 19.000 famílias cadastradas, numa média de 85.000 pessoas (BRASIL, 2005).

#### 4.3 POPULAÇÃO/SUJEITOS

As equipes de PSF, quanto aos bairros e vilas de abrangência, estão assim distribuídas:

- Equipe 3 – Vila Maria, Bairro Marluz, Bairro Cibrazem,
- Equipe 4 – Bairro Castelo Branco II,
- Equipe 5 – Bairro Castelo Branco I e II,
- Equipe 8 – Bairro Leônidas, Bairro Mate Amargo,
- Equipe 6 – Bairro Castelo Branco e Profilrub,
- Equipe 7 – Bairro Santa Rosa,
- Equipe 9 – Bairro Cohab IV, cidade de Águeda,
- Equipe 10 – Bairro N. Sr<sup>a</sup> de Fátima, Pofilurb I,
- Equipe 11 – Bairro Profilurb I e Vila Recreio,
- Equipe 12 – Bairro são João e Bosque,
- Equipe 13 – Bairro São Miguel,
- Equipe 14 – Bairro São Miguel,
- Equipe 15 – Bairro São Migulel,
- Equipe 16 – Bairro Bernadeth e Parque Coelho,
- Equipe 17 – Bairro Jardim Humaitá I e II, Paraíso e Vila Trevo.
- Equipes 18, 19 e 20 – Vila da Quinta
- Equipe 21 – Povo Novo

No total fazem parte do programa 19 médicos, 19 enfermeiros, 21 técnicos de enfermagem e 80 agentes comunitários de saúde, divididos em dezenove equipes distribuídas nas unidades básicas de saúde, que são as unidades operacionais (postos de saúde), podendo em uma mesma unidade funcionar mais de uma equipe, sendo que o Programa Saúde da Família encontra-se em fase de expansão e algumas equipes em fase de implantação.

A coleta dos dados ocorreu em todas as equipes de PSF atuantes no município, nos meses de julho e agosto, sendo que o estudo-piloto foi feito anteriormente no mês de junho. Todas as equipes foram visitadas em suas unidades básicas de saúde mediante agendamento. Dos 139 trabalhadores pertencentes ao programa, responderam ao questionário 122, ou seja, 87,76%. Destes, 18 eram médicos 95%, do previsto, 19 enfermeiros, 21 técnicos, isto é, 100% de ambas categorias de profissionais e 64 agentes comunitários de saúde que representam 80%.

Não houve perdas, apenas uma recusa e os trabalhadores que não responderam em número de 16, ou estavam de férias, ou estavam de licença.

Quadro 1 - Demonstrativo do nº de equipes de PSF, trabalhadores por equipe e Unidade Básica de Saúde na qual estão localizados, (BRASIL, 2005).

Equipe	Trabalhadores	Unidade Básica de Saúde
3 – Vila Maria	1 médico/1 enfermeiro/ 1 técnico de enfermagem/5 agentes comunitários	Rua Paulo Frontini, 105
4 – Castelo Branco II	1 médico/1 enfermeiro/ 2 técnicos de enfermagem/5 agentes comunitários	Campus Universitário -Carreiros-CAIC
5 – Castelo Branco I e II	1 médico/1 enfermeiro/ 1 técnico de enfermagem/6 agentes comunitários	Rua Irmão Isício, 101
6 – Profilurb II	1 médico/1 enfermeiro/ 1 técnico de enfermagem/6 agentes comunitários	Rua Irmão Isício, 101
7 – Santa Rosa	1 médico/1 enfermeiro/ 1 auxiliar de enfermagem/5 agentes comunitários	Rua Belo Brum, 2554
8 – Leônidas e Mate Amargo	1 médico/1 enfermeiro/ 1 técnico de enfermagem/5 agentes comunitários	Rua Paulo Frontini, 105
9 – Cohab IV e Cidade de Águeda	1 médico/1 enfermeiro/ 1 técnico de enfermagem/4 agentes comunitários	Rua Belo Brum, 2554
10 – N. sr <sup>a</sup> de Fátima	1 médico/1 enfermeiro/ 1 auxiliar de enfermagem/4 agentes comunitários	Rua 1,1239
11 – Profilurb I	1 médico/1 enfermeiro/ 1 técnico de enfermagem/4 agentes comunitários	Rua 1,1239
12 – São João	1 médico/1 enfermeiro/ 2 técnicos de enfermagem/6 agentes comunitários	Av. Roberto Socowsky s/nº
13 – São Miguel	1 médico/1 enfermeiro/ 1 técnico de enfermagem/6 agentes comunitários	Rua Alberto Oliveira, 449
14 – São Miguel	1 médico/1 enfermeiro/ 1 técnico de enfermagem/6 agentes comunitários	Rua Alberto Oliveira, 449
15 – São Miguel	1 médico/1 enfermeiro/ 1 técnico de enfermagem/6 agentes comunitários	Rua Eduardo Araújo, 58
16 – Bernadeth	1 médico/1 enfermeiro/ 1 técnico de enfermagem/6 agentes comunitários	Rua Mario Gomes,100
17 – Aeroporto	1 médico/1 enfermeiro/ 1 técnico de enfermagem/6 agentes comunitários	Av. Irmão Roque Maia, 1259
18, 19 20 – Quinta (em implantação)	3 médicos/3 enfermeiros/ 3 técnicos de enfermagem	Rua João Moreira,187
21 – Povo novo (em implantação)	1 médico/1 enfermeiro/ 1 técnico de enfermagem	Praça Cel.Marcelino s/nº

#### 4.4 COLETA DOS DADOS

Para a realização da coleta de dados foi construído um instrumento, que necessitou de uma visita *in loco*, e um período de observação da Unidade Básica de Saúde, cujo objetivo foi o de familiarização com as atividades diárias desenvolvidas na mesma, esta etapa foi fundamental para elaboração das questões a serem abordadas.

Com o intuito de explicitar a dinâmica de estruturação do instrumento, e a sua importância dentro da pesquisa, é que se seguem as explicações a seguir:

O instrumento foi elaborado contendo duas partes, a primeira parte foi denominada identificação, a fim de recolher informações que possam traçar um perfil da população em estudo, as equipes de PSF, grau médio de escolaridade, sexo, renda familiar, idade média e experiência em saúde pública. Foi disposta da seguinte forma:

Nº de questionário

#### Identificação

Idade:

Equipe:

Profissão/função:

Tempo na função( em meses):

Sexo:

Grau de escolaridade:

Possui especialização na área de Saúde da família( ) Sim ( ) Não

Renda familiar:( )até R\$1200,00 ( )até R\$2000,00 ( )acima de R\$3000,00

Na segunda parte foi elaborado um questionário, contendo dez questões fechadas, e uma questão final aberta para que os respondentes expressassem o seu conhecimento do assunto, estabeleceu-se o devido cuidado com a linguagem usada, considerando os diferentes níveis de escolaridade, portanto os termos usados são claros e de fácil compreensão.

A cada uma das questões foram colocadas quatro ou mais alternativas a serem respondidas utilizando uma escala crescente de importância de zero (discordo plenamente) a dez (concordo plenamente).

Para todas as questões o resultado desejável é a nota mais próxima de dez. O enunciado ficou assim:

O instrumento de coleta de dados utiliza uma escala crescente de importância, onde você deve colocar em cada questão o número que corresponda de zero (discordo plenamente) a dez (concordo plenamente), de acordo com sua avaliação. Preencha todas as questões de forma clara, evitando rasuras. Não deixe nenhuma questão sem resposta.

Esta Escala foi colocada em cada uma das alternativas:

(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)
--

A questão número 1 é de ordem conceitual e trata de conceito de saúde, todas as quatro alternativas correspondem ao conceito de saúde utilizado nesse estudo, a questão número 2 trata do conceito de ambiente e possui a mesma dinâmica da questão anterior, a questão número 3 explora o que é atividade física e apresenta cinco alternativas que correspondem ao conceito em que se baseia o estudo. Portanto, o conjunto do questionário apresenta os três conceitos chaves deste estudo como as variáveis chaves (saúde, ambiente e atividade física).



01) Saúde é:

- a) ausência de doenças;
- b) bem-estar físico (locomoção, flexibilidade, força muscular e agilidade);
- c) bem-estar mental ou psicológico (bom humor, disposição e auto-estima);
- d) bem-estar social (relacionamento interpessoal com colegas, comunidade, funcionários e familiares).

02) Ambiente é:

- a) natureza (flora e fauna);
- b) local onde se vive (casa, trabalho, bairro, cidade);
- d) universo (planeta terra, cosmos);
- e) corpo humano (organismo biológico).

03) Atividade física é:

- a) fazer exercícios;
- b) caminhar;
- c) correr;
- d) qualquer movimento do corpo;
- e) dançar.

As questões seguintes (quatro e cinco), primeiro relacionam os conceitos atividade física e saúde entre si, depois atividade física e ambiente e logo após fatores que influem nessa relação (questões seis e sete). A intenção é estender o conceito anteriormente explicitado ao campo da prática.

04) Na relação atividade física e saúde estão presentes:

- a) redução do risco de morte por doenças cardiovasculares
- b) redução do risco de desenvolver, diabetes, hipertensão e câncer de cólon e mama
- c) melhoria do nível de saúde mental
- d) ossos e articulação saudáveis
- e) melhoria do funcionamento corporal e preservação da independência de idosos
- f) controle do peso corporal
- e) correlações favoráveis com redução do tabagismo e abuso de álcool e drogas

05) Na relação atividade física e ambiente, inclui:

- a) relacionamento das pessoas (trabalho, em casa, outros locais de convivência);
- b) relações de trabalho (chefias, colegas e usuários)
- c) condições de trabalho (carga horária, salário compatível)
- d) saneamento básico e planejamento urbano da zona de atuação
- e) iluminação e ventilação do local de trabalho
- f) contaminação das águas dos rios e lagoas
- g) qualidade do ar

6) Fatores positivos na relação atividade física, saúde e ambiente:

- a) alimentação;
- b) vestuário;
- c) habitação;
- d) lazer (esportes, música, leitura, praia);
- e) tipo físico;
- f) acesso ao transporte de qualidade.
- g) acesso aos serviços de saúde

07) Fatores negativos na relação atividade física, saúde e ambiente:

- a) excesso de atividades; muitas coisas para fazer
- b) alto peso corporal;
- c) preguiça;
- d) planejamento urbano inadequado (calçadas, ruas, praças, paisagismo)
- e) abuso de tecnologias (computador, celular...);
- g) a impossibilidade de realizar a refeição principal em sua residência.

As questões oito e nove ambientam a relação atividade física, saúde e ambiente no trabalho a partir de ações desenvolvidas diariamente pelas equipes, para tanto foi necessária uma observação local a fim de compreender a dinâmica destas. A última questão fechada traz o papel do respondente enquanto cidadão também relacionando atividade física, saúde e ambiente, e ao final o respondente pode então expressar a seu conhecimento sobre o assunto, numa opinião mais pessoal, respondendo o que sabe sobre atividade física (questão de nº11). A seguir as questões 8, 9 e 10 conforme explicitado acima:

08) Nestas ações desenvolvidas pela sua equipe dentro da UBS, você percebe a relação atividade física, saúde e ambiente:

- a) atendimento individual ao usuário (acolhimento)
- b) procedimentos ambulatoriais (verificação da temperatura e pressão arterial, curativos e outros)
- c) atividades de cunho educacional com a comunidade
- d) sessão do grupo de apoio

09) Nestas ações desenvolvidas pela equipe fora da UBS, você percebe a relação atividade física, saúde e ambiente:

- a) visita domiciliar
- b) procedimentos ambulatoriais (verificação da temperatura e pressão arterial, curativos e outros)
- c) prestação de cuidados específicos aos grupos diferenciados (idosos, gestantes, adolescentes, hipertensos e outros)
- d) encaminhar usuários para exames mais complexos
- e) atividades festivas com a comunidade

10) Como cidadão e trabalhador, ações que podem ser desenvolvidas privilegiando a relação atividade física, saúde e ambiente são:

- a) escolha de representantes (vereadores, sindicalistas, prefeito)
- b) preservação do local de trabalho (mesas, cadeiras, plantas)
- c) solidariedade (respeito aos trabalhadores, respeito a comunidade, familiares)
- d) contribuir com os momentos de reflexão da equipe sugerindo questionamentos
- e) melhorar o aproveitamento das informações obtidas sobre atividade física, saúde e ambiente
- f) seleção do lixo residencial e do local de trabalho
- g) praticar exercícios físicos orientados

h)obediência consciente as normas vigentes (trânsito, vigilância...)

O questionário foi averiguado por meio do teste piloto, desenvolvido com vinte sujeitos (enfermeiro 01, médicos 02, técnicos 02 e agentes comunitários 14). A confiabilidade do questionário foi verificada com a aplicação do teste de “alpha de Cronbach” que permite constatar a coerência do questionário ( $> 0,70$ ). Esse procedimento foi desenvolvido em dois momentos, o primeiro no teste piloto (0,92) e no segundo ao final da coleta de dados para reconfirmação. Nesse particular obteve-se (0,96), o que conferiu ao questionário coerência e clareza na sua estruturação.

#### 4.5 ASPECTOS ÉTICOS

Em atenção a resolução 196/96 do conselho Nacional de Saúde, que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos, foi solicitada a aprovação do Comitê de Ética na Pesquisa em Saúde da FURG, e a concordância da Secretaria Municipal de Saúde-Coordenação do Programa de Saúde da Família, responsável pelos participantes desse estudo. Aos participantes foi solicitado o consentimento livre e esclarecido (Apêndice III), o qual foi obtido previamente à coleta de dados, sendo assinado em duas vias, uma ficou com o pesquisador *in loco* e a outra via, com o participante da pesquisa. No mesmo, consta o objetivo da pesquisa, a forma de inserção do participante na pesquisa, a questão referente à ausência de riscos diretos para integridade físico-moral dos participantes e foi assegurado a eles o direito de deixar de participar da pesquisa, em qualquer de suas fases, sem prejudicá-los.

#### 4.6 TRATAMENTO DOS DADOS

A digitação e análise dos dados foram realizadas no programa Statística 5.0 na versão 2000, observando-se duas etapas.

Na primeira etapa foram calculados a média, o desvio padrão, e o coeficiente de variação de cada uma das alternativas. A seguir a análise de variância simples para a comparação das médias dos quatro grupos (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários), aplicando um nível de significância de 0,05. Após a identificação da existência de diferenças entre as médias dos grupos, foi utilizado o teste *post hoc* da diferença mínima significativa – (DMS).

Na etapa seguinte foi feita uma análise de correlação simples, para verificar o coeficiente de correlação ( $r$ ) entre as alternativas, destacando as correlações mais importantes entre os conceitos/chaves deste estudo (saúde, ambiente e atividade física) e seus desdobramentos de sentidos (alternativas) apresentados e referidos pelo grupo de trabalhadores. Completando a análise foi verificada a correlação múltipla ( $r$ ), essas alternativas para promover a ordenação de importância das mesmas como representativas do tema estudado.

## 5 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

### 5.1 PERFIL DOS TRABALHADORES QUE PARTICIPARAM DO ESTUDO

De acordo com as tabelas 1A, 1B e 1C que estão logo a seguir, podemos traçar um perfil dos trabalhadores do PSF. É um grupo predominantemente composto por mulheres em todas funções analisadas, a idade média desses trabalhadores é de 37 anos. O programa foi implantado em Rio Grande acerca de 3 anos, no entanto os trabalhadores selecionados provêm na sua maioria ou da rede de saúde básica, ou de outros programas, o que justifica uma média de 5 anos no trabalho em saúde pública.

Tabela 1A: Quanto ao sexo

Masculino	Feminino
12 10%	110 90%
TOTAL	122

Tabela 1B: Idade média

Função	n	Média ± sd
Médica (o)	18	37,55±6,14
Enfermeira (o)	17	39,35±7,82
Técnico em enferm.	21	38,47±9,80
Agente comunitário de saúde	61	35,72±9,27
Todos	117	37,02±8,78

Tabela 1C: Tempo na função em meses

Função	n	Média ± sd
Médica (o)	18	72,61±62,37
Enfermeira (o)	17	73,00±69,28
Técnico em enferm.	18	83,33±65,32
Agente comunitário de saúde	63	43,03±35,95
Todos	116	58,26±53,48

## 5.2 ANÁLISE DO INSTRUMENTO DE COLETA



### 5.2.1 ANÁLISE DE CORRELAÇÃO MÚLTIPLA

Embora o “alpha de Cronbach” já tenha sido ótimo, índice ao qual já nos referimos anteriormente, a análise de correlação múltipla foi utilizada no sentido de considerar o instrumento construído como um todo, a sua possível fidedignidade e qualidade em mensurar os objetivos desse estudo, sem, contudo, explorar outras informações que esse tipo de análise poderia proporcionar, ou seja, através de um maior aproveitamento dos resultados obtidos.

Das 58 alternativas propostas pelo instrumento 39 apresentam coeficiente de correlação múltiplo acima ou igual a 0,50, o que significa uma correlação boa, na tabela 2 estão discriminadas as quinze primeiras com coeficiente de correlação até 0,60.

Em torno de 70% das alternativas apresentam percentual de correlação, indicando primeiro, que as alternativas do instrumento são pertinentes ao tema proposto e em segundo aponta para o de fato de que os respondentes têm conhecimentos consideráveis a esse respeito.

A alternativa de maior correlação com todas as outras do questionário é a obediência às normas vigentes.

Tabela 2: Questões que apresentaram índice de correlação múltiplo até 0,60

Questões		Coef. de Correlação
Trabalho e cidadania	Obediência às normas	0,70
Fora da UBS	Procedimentos ambulatoriais	0,68
Atividade física e ambiente	Relacionamento das pessoas	0,64
Fatores positivos	Habitação	0,64
Atividade física e saúde	Controle do peso corporal	0,63
Atividade física e ambiente	Saneamento e planejamento urbano da zona de atuação	0,63
Atividade física e ambiente	Relações de trabalho	0,61
Atividade física e ambiente	Iluminação e ventilação do trabalho	0,61
Fatores positivos	Lazer	0,61
Atividade física e saúde	Melhoria da saúde mental	0,61
Ações dentro da UBS	Atividades educacionais comunidade	c/ 0,61
Saúde	bem-estar psicológico	0,61
Ações fora da UBS	Cuidados especiais a grupos diferenciados	0,60
Atividade física e saúde	Redução de mortes por doenças cardiovasculares	0,60
Fatores positivos	Acesso ao transporte de qualidade	0,60

A tabela seguinte (tabela 3) apresenta as questões com menor coeficiente de correlação múltipla, foram 13 questões que colocadas frente a todas outras e se correlacionaram pouco, ou seja, com o  $r$  abaixo de 0,45, dentre elas a questão referente a saúde como ausência de doenças com  $r = 0,40$  e a maioria das alternativas propostas com fatores negativos na relação atividade física, saúde e ambiente, consideradas como questões de cunho pessoal.

Tabela 3: Questões com coeficiente de correlação múltiplo abaixo, ou igual a 0,45.

Questões		Coef.de Correlação
Saúde	Bem-estar social	0,45
Ambiente	Local onde se vive	0,45
Fatores negativos	Refeição principal em casa	0,42
Fatores negativos	Preguiça	0,42
Fatores negativos	Abuso de tecnologias	0,42
Saúde	Ausência de doenças	0,40*
Fora da UBS	Encaminhar p/ exames	0,39
Cidadão e trabalhador	Escolha de representantes	0,39
Fatores negativos	Alto peso corporal	0,39
Atividade física	Qualquer movimento do corpo	0,36
Fora da UBS	Atividades com a comunidade	0,36
Relação ativi. fís. e saúde	Prevenção de doenças	0,33
Fatores negativos	Excesso de atividades	0,28

### 5. 3 OUTRAS ANÁLISES ESTATÍSTICAS E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

A seguir, estão a análise estatística e a interpretação das questões do instrumento agrupadas em cinco blocos, de acordo com o seu grau de complexidade, e aos conceitos/chaves deste estudo. Os blocos ficaram assim estruturados:

1º Os conceitos de saúde, ambiente e atividade física;

2º A relação atividade física e saúde e atividade física e ambiente;

3º Fatores positivos e negativos na relação atividade física, saúde e ambiente;

4º Atividades desenvolvidas fora e dentro da Unidade Básica nas quais a relação atividade física, saúde e ambiente está presente;

5º Ações como trabalhador e cidadão que privilegiam a relação atividade física, saúde e ambiente.

Nas tabelas que analisam as médias e desvio padrão estão presentes, tanto as que apresentaram concordância do grupo geral de trabalhadores (médicos, enfermeiros, técnicos e agentes) na composição das médias, representadas por  $p > 0,05$ , quanto, as que apresentaram discordância representadas por  $p < 0,05$ , essas médias foram decompostas num segundo momento, e estão dispostas em tabelas logo a seguir.

A decomposição foi feita em catorze das alternativas propostas, nas quais as médias se diferenciaram significativamente entre as categorias de trabalhadores que compõe o estudo, ainda assim a maioria das médias se colocou acima de 8 e CV abaixo dos 30% a decomposição foi feita da seguinte forma:

As médias de cada grupo foram colocadas de maneira decrescente e a comparação de cada um deles com os outros, é através do  $p$ , o  $p < 0,05$  identifica a discordância das médias, ou  $p > 0,05$  identifica a concordância, que estão discriminados nas tabelas.

Médias sob o mesmo traço podem ser consideradas iguais, por não apresentarem diferenças significativas ( $p < 0,05$ ) entre si e pertencem ao mesmo grupo de pensamento.

Já a análise de correlação simples é feita através do cruzamento de todas as alternativas entre si, gerando uma matriz, nesse caso com 57 colunas e 57 linhas. O coeficiente de correlação simples ( $r$ ) deste estudo foi considerado significativo,

quando o valor dele é acima de 0,50 e ao atingir um valor acima de 0,75 pode-se afirmar que se estabeleceu uma correlação muito forte entre as alternativas.

O primeiro bloco trata respectivamente dos conceitos de saúde, ambiente e atividade física, no entanto, as alternativas propostas não esgotam a definição de tais conceitos, mas fazem parte deles.

Tabela 4: Análise das médias e desvio padrão dos conceitos de: Saúde, ambiente e atividade física.

Conceitos		n	Média ± sd	CV%	p
Saúde	ausência de doenças	122	6,63 ±3,03	45	0,127
	bem-estar físico	120	7,63 ±2,34	30	0,346
	bem-estar mental ou psicol.	121	8,46 ±1,93	22	0,631
	bem-estar social	121	8,22 ±2,03	24	0,868
Ambiente	natureza	121	7,20 ±2,67	37	0,994
	local onde se vive	121	8,47 ±2,04	24	0,544
	universo	118	7,55 ±2,58	34	0,151
	corpo humano	115	6,61 ±3,13	47	0,097
Atividade Física	fazer exercícios	121	8,89 ±1,71	19	0,979
	caminhar	120	8,93 ±1,69	18	0,440
	correr	119	8,40 ±2,07	24	0,398
	qualquer movimento	120	7,90 ±2,42	30	0,383
	dançar	119	8,66 ±1,90	21	0,026*

(n)-nº de respondentes

média ± sd- média e desvio padrão

CV- coeficiente de variação

Tabela 5: Decomposição da média com diferença significativa entre as categorias - Atividade física é: dançar.

	Enfermeiro	Médico	Técnico	Agente
	p	p	p	p
Enfermeiro		0,004	0,303	0,365
Médico	0,045		0,058	0,008
Técnico	0,303	0,582		0,717
Agente	0,365	0,008	0,717	

7,5 – médicos      8,6 – técnicos      8,8 – agentes      9,2 - enfermeiros

O grupo dos médicos obteve média diferente dos demais.

Para o conceito de saúde tivemos médias nas alternativas que variaram de  $(6,63 \pm 3,03)$  a  $(8,46 \pm 1,93)$ .

As demais alternativas sobre saúde apresentam médias acima de 7,5 e o CV ficou abaixo dos 30%, o que demonstra a concordância com o conceito de saúde estar relacionado ao bem estar físico, ao bem estar social e ao bem estar mental.

Na questão dois cujo conceito é o de ambiente, a média mais baixa de  $(6,61 \pm 3,13, CV47\%)$  é que considera o corpo humano como ambiente, demonstrando divergência considerável entre os respondentes, eles estão mais de acordo com a definição de ambiente associada ao local onde se vive cuja média atingiu  $(8,47 \pm 2,04, CV 24\%)$ , o universo que obteve média  $(7,55 \pm 2,58, CV 34\%)$  e a natureza com média  $(7,20. \pm 2,67, CV 37\%)$  apresentaram variabilidade a ser considerada.

Todas as alternativas sobre atividade física apresentaram CV abaixo ou igual aos 30% o que aponta para o fato de os respondentes concordarem que as alternativas propostas correspondiam ao termo atividade física a média mais alta foi de  $(8,93 \pm 1,69, CV 18\%)$  ocorreu na atividade de caminhar, sendo que correr apresentou média de  $(8,40 \pm 2,07, CV 24\%)$ .

Na análise de correlação simples, apresentada na tabela 6, o r acima de 0,50 até 0,75 aparece nas alternativas das questões 1, 2 e 3 entre si o que estabelece a simples ligação de que são alternativas que pertencem ao mesmo conceito, e os respondentes estabeleceram esta relação.

Tabela 6: Coeficiente de correlação simples dos conceitos de atividade física saúde e ambiente

Saúde		r
Ausência de doenças	bem-estar físico	0,69
	bem-estar mental	0,54
	local onde se vive	0,56
Bem-estar físico	ausência de doenças	0,69
	bem-estar psicológico	0,71
	natureza	0,63*
Bem-estar psicológico	local onde se vive	0,53*
	bem-estar físico	0,71
	bem-estar social	0,67
	local onde se vive	0,65
	natureza	0,56
	redução do risco de mortes por doenças cardiovasc. ossos e articulações saudáveis melhoria do funcionamento corporal	0,58* 0,53* 0,59*
Ambiente		r
Natureza	bem-estar físico	0,63
	bem-estar psicológico	0,56
	local onde se vive	0,57
Local onde se vive	ausência de doenças	0,56
	bem-estar físico	0,53
	bem-estar psicológico	0,65
	controle do peso corporal	0,53
	redução do risco de mortes por doenças cardiovasculares	0,62
Universo	corpo humano	0,67
	universo	0,67
Corpo humano	relações de trabalho	0,52
	condições de trabalho	0,52
Atividade Física		r
Fazer exercícios	caminhar	0,64
	correr	0,71
	qualquer movimento do corpo	0,52
	dançar	0,61
Caminhar	fazer exercícios	0,64
	correr	0,74
	dançar	0,75
Correr	caminhar	0,64
	fazer exercícios	0,71
Qualquer movimento do corpo	dançar	0,68
	fazer exercícios	0,64
	dançar	0,63
Dançar	fazer exercícios	0,61
	correr	0,74
	qualquer movimento do corpo	0,63
	caminhar	0,75

(\*)coeficiente significativo utilizado na análise e interpretação dos dados

Nas alternativas sobre saúde o bem estar mental ou psicológico foi relacionado ao risco de morte por doenças cardiovasculares ( $r = 0,58$ ), a presença de ossos e articulações saudáveis ( $r=0,53$ ) e a melhoria do funcionamento corporal ( $r=0,59$ ). O bem-estar físico foi relacionado à natureza ( $r=0,63$ ) e ao local onde se vive ( $r=0,53$ ).

### 5.3.1 O conceito de saúde e de ambiente

O primeiro conceito abordado nesse estudo é o de **saúde** para o grupo geral de trabalhadores do PSF, ele se relaciona ao bem-estar físico, mental e social o que nos remete a constatação de que os respondentes consideram o aspecto subjetivo do conceito saúde muito importante, capaz de influenciar o aspecto físico, para Lovisolo (2000) “a saúde seja o que for é o funcionamento de um todo”.

Na visão desses respondentes, este conceito não pode ser relacionado à simples ausência de doenças, pois, os resultados mostraram uma média de 6,63 e um CV cerca de 45%, demonstrando uma variabilidade entre o grupo geral dos trabalhadores, embora não haja significância entre as diferenças médias do grupo.

Este fato pode estar relacionado inicialmente por ser esta pergunta que introduziu os respondentes no instrumento de coleta e no raciocínio desejado, por essa razão talvez se justifique o elevado percentual de variação e baixo valor de correlação múltipla ( $r=0,40$ ) com todas as outras alternativas do questionário e ainda, esta variabilidade pode estar relacionada ao próprio conteúdo apresentado



para identificação do conceito de saúde, o qual não é abrangente o suficiente para incluir as diferentes concepções que norteiam o raciocínio do grupo geral dos respondentes, pois conceito de saúde evoluiu muito nas duas últimas décadas não ficando restrito ao binômio saúde-doença, embora segundo Carvalho (2001b) esteja historicamente atrelado a ele.

O conceito de saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS) que diz que “saúde é um completo bem-estar físico, social e mental e não apenas a ausência de enfermidades”, é universalmente aceito e reproduzido em diferentes espaços acadêmicos, científicos, tecnológicos e em outros espaços da vida em geral das diferentes pessoas.

O sentido de bem-estar carrega uma possível abrangência de valores, crenças e sentidos percebe-se que o grupo de respondentes identifica-se com o próprio conceito de saúde proposto pela OMS.

Este conceito foi na mesma proporção reproduzido e criticado nos meios acadêmicos, principalmente nas profissões na área da saúde, nas quais o centro de seu desenvolvimento corresponda não apenas a doença, mas a uma ideária noção de ser humano integral, como é o caso da enfermagem e suas categorias complementares, auxiliar de enfermagem, técnico e por que não os próprios agentes comunitários; mais do que a própria medicina, a qual não deixa de conter em seu núcleo o ser humano, mas em sua dimensão doente e de cura orgânica predominante. (Almeida e rocha, 1997).

Podemos dizer que as alternativas relativas ao conceito de saúde, como bem-estar (físico, mental e social), remetem o sentido de saúde para a sua dimensão sociobiológica, como um condicionante vivido, não apenas pelo indivíduo condicionado e condicionante, mas como “um objeto da ação e da consciência de

todos os membros de um coletivo social” (Samaja, 2000, p.41), cuja dimensão biológica deixa expressa sua condição social.

A saúde está associada a alguns determinantes previstos na VIII Conferência Nacional de Saúde (1986) como alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra, e acesso aos serviços de saúde. (BRASIL, 1990).

Para Carvalho (2001b) a saúde está diretamente relacionada com as escolhas que não se restringem tão-somente a poder escolher este ou aquele trabalho, realizar-se pessoal e profissionalmente com ele, morar bem, poder proporcionar condições de vida para os mais próximos, enfim viver dignamente com base em alguns valores capazes de determinar nossa saúde não só física mental ou emocional, mas simultaneamente.

É possível constatar que o grupo dos respondentes ao relacionarem o sentido de bem-estar físico à natureza e ao local onde se vive, estabelecem a ligação do conceito de saúde ao conceito de ambiente, os colocando como interdependentes e nos remetendo aos conceitos usados anteriormente nesse estudo, ou seja, a saúde com seus aspectos singular e plural como fenômeno individual e social e o ambiente como elemento importante e intrínseco a esse fenômeno coletivo.

Bromberger (2003b, p.22) ao retratar uma estratégia para o PSF numa perspectiva ambiental afirma que: "Não podemos pensar em saúde sem relacionarmos as condições sócio-ambientais, pois o ambiente é fator determinante para existência da vida. Esta relação precisa existir no trabalho em saúde, para que ocorra, de forma efetiva, a sua promoção".

O grupo geral de trabalhadores do PSF concorda que o **ambiente** pode ser compreendido como: universo, local onde se vive e a natureza, no entanto ao se referir ao ambiente como corpo humano há uma discordância, pois o ambiente como categoria espacial física é mais bem entendida pelo grupo e este sentido têm predominância na relação com o ambiente como externo ao seres humanos e o entorno na relação com o micro-território da vida (Cezar-vaz *et all*, 2005).

Assim, é reconhecido que a persistência das dificuldades em não compreender a saúde como um processo dinâmico sócio-ambiental (Leff, 2001), capaz de deslocar a idéia central de saúde aos aspectos biológicos da doença para a dinâmica complexa que o processo saúde-doença envolve, está condicionada ao próprio enraizamento destas dificuldades ao cenário mais macro da sociedade brasileira. Nesta direção, torna-se necessária à construção de referenciais teóricos e estratégicos que possuam potencial de sustentação do campo social e ambiental da saúde e de suas práticas. (PAIM, ALMEIDA FILHO, 2000).

### 5.3.2 O conceito de atividade física

Reportando-nos ao conceito de **atividade física** segundo o grupo geral dos trabalhadores, percebemos que a maior valorização ocorreu na atividade de caminhar, que é talvez a atividade física mais popular e comum a todos seres humanos, e bastante valorizada dentro da nossa cultura corporal, sendo que a atividade de correr, também foi valorizada, assumindo também papel importante, e

permitindo perceber associação entre atividade física e exercício físico, isso reflete uma concepção específica e adquire também um sentido geral externo a este conjunto, na verdade um discurso predominante para própria Educação Física quando visualizamos a informação de *massa* produzida que traz a atividade física associada ao exercício ou mesmo ao corpo em movimento (correr e caminhar).

Carvalho (1995, p.81) ao se referir a relação da mídia com a atividade física e saúde diz: “detecta-se uma profusão de artigos e reportagens nos jornais que discutem ou tratam da a questão da atividade física em sua relação com a saúde, algumas vezes de forma simplista, outras destituída de percepção crítica”.

A atividade de dançar apresentou variabilidade pequena e média baixa para os respondentes como atividade física, talvez por que dançar, em certos momentos de nossa cultura, está muito mais relacionada ao lazer, do que ao exercício físico.

A atividade física por definição é todo movimento acima dos níveis de repouso e os exercícios físicos são atividades regulares e dentro de uma metodologia própria, os dois termos estão incorporados nesse estudo dentro da Educação Física como manifestações da cultura corporal, ou seja, não podem ser desatreladas aos processos sócio-históricos nos quais ocorrem.

Para Palma e Nogueira (2003, p.115) “A possibilidade de adesão à exercitação física regular implica de imediato a disponibilidade real de tempo e renda. Na era globalizadora, o tempo é uma mercadoria maximizada em prol da produtividade, da velocidade, da competitividade”.

As médias e desvio padrão do segundo bloco de questões estão na tabela 7 e relacionam respectivamente, atividade física e saúde e atividade física e ambiente.

Tabela 7: Análise das médias e desvio padrão da relação atividade física e saúde e relação atividade física e ambiente

Relação atividade física e		n	Média± sd	CV %	p
Saúde	doenças cardiovasculares	121	9,10 ±1,42	15	0,239
	prevenção de doenças	121	7,00 ±2,85	40	0,069
	saúde mental	121	8,45 ±1,87	22	0,055
	controle de peso	120	9,01 ±1,50	16	0,196
	ossos e articul. saudáveis	121	8,21 ±2,03	24	0,042*
	melhor funcio. do corpo	117	8,43 ±1,96	23	0,011*
	redução do uso álcool, tabaco e drogas	121	8,04 ±2,20	27	0,013*
Ambiente	relacionamento das pessoas	121	8,06 +-2,01	24	0,440
	relações de trabalho	119	7,68 +-2,46	32	0,515
	condições de trabalho	121	7,82 +-2,44	31	0,330
	Saneamento básico e planej. urbano da zona de atuação	121	7,53 +-2,71	35	0,330
	Iluminação e ventilação do local de trabalho	120	7,55 +-2,79	36	0,902
	Pureza das águas (rios, lagoas)	121	7,61 +-2,80	36	0,707
	qualidade do ar	121	8,13 +-2,31	28	0,743

(n)-nº de respondentes

média ± sd- média e desvio padrão

CV- coeficiente de variação

Tabela 8A: Decomposição da média com diferença significativa entre as categorias - Na relação atividade física e saúde estão presentes: ossos e articulações saudáveis.

	Enfermeiro	Médico	Técnico	Agente
	p	p	p	p
Enfermeiro		0,754	0,961	0,064
Médico	0,754		0,785	0,029
Técnico	0,961	0,785		0,048
Agente	0,064	0,029	0,048	

7,7 – agentes      8,6 – enfermeiros      8,7 – técnicos      8,8 – médicos

O grupo dos agentes obteve média diferente dos demais.

Tabela 8B: Decomposição da média com diferença significativa entre as categorias - Na relação atividade física e saúde estão presentes: melhoria do funcionamento corporal e preservação da independência dos idosos.

	Enfermeiro	Médico	Técnico	Agente
	p	p	p	p
Enfermeiro		0,256	0,985	0,094
Médico	0,256		0,257	0,002
Técnico	0,985	0,257		0,083
Agente	0,094	0,002	0,083	

7,9- agentes    8,7 – enfermeiros    8,7 – técnicos    9,5 – médicos

O grupo dos agentes obteve média diferente dos médicos.

Tabela 8C: Decomposição da média com diferença significativa entre as categorias - Na relação atividade física e saúde estão presentes: correlações favoráveis com redução do tabagismo e abuso de álcool e drogas.

	Enfermeiro	Médico	Técnico	Agente
	p	p	p	p
Enfermeiro		0,907	0,401	0,070
Médico	0,907		0,477	0,055
Técnico	0,401	0,477		0,004
Agente	0,070	0,055	0,004	

7,4 – agentes    8,4 – enfermeiros    8,5 – médicos    9,5 – técnicos

O grupo dos agentes obteve média diferente dos demais.

Ao relacionar atividade física e saúde, a redução do risco de morte por doenças cardiovasculares recebeu a média mais alta ( $9,10 \pm 1,42$ , CV 15%) entretanto, as alternativas que relacionam a melhoria do nível de saúde mental com média ( $8,45 \pm 1,87$ , CV 22%) e o controle do peso corporal com média ( $9,01 \pm 1,50$ , CV 16%) também podem ser consideradas importantes para compor a visão dos respondentes, a alternativa que recebeu menor média ( $7,00 \pm 2,85$  CV 40%) foi a que se refere à prevenção de doenças como diabetes, hipertensão, e câncer de cólon e mama.

Segundo os respondentes a relação atividade física e ambiente é influenciada pela qualidade do ar ( $8,13 \pm 2,31$ , CV 28%) indicando uma margem de discordância aceitável, também relevante e com margem um pouco menor estão o relacionamento das pessoas ( $8,06 \pm 2,01$ , CV 24%).

Na análise de correlação múltipla das questões 4 e 5, todas as alternativas apresentaram um grau de correlação entre si com  $r$  acima de 0,50, .

As alternativas que consideram os relacionamentos interpessoais nos vários ambientes que as pessoas de uma maneira geral fazem parte (trabalho, casa) se correlacionaram fortemente apresentando  $r=0,80$ , surgem aqui também correlações muito fortes entre a influência do aspecto físico propriamente dito do ambiente nesse contexto apontado com atividade física, inclusive do ambiente específico da zona de atuação, ou seja, do local de trabalho, o  $r$  nesses casos oscilou de 0,84 a 0,86.

Tabela 9: Coeficiente de correlação simples da relação atividade física e saúde

Relação Atividade Física e Saúde		r
Redução do risco de morte por doenças cardiovasculares	bem-estar psicológico	0,58
	melhoria da saúde mental	0,67
	local onde se vive	0,62
	ossos e articulações saudáveis	0,57
	melhoria do funcionamento do corpo	0,57
Prevenção de doenças	controle do peso corporal	0,66
	melhoria da saúde mental	0,61
Melhoria da saúde mental	ossos e articulações saudáveis	0,55
	redução de doenças cardiovasculares	0,67
	ossos e articulações saudáveis	0,61
	melhoria do funcionamento do corpo	0,56
	controle do peso corporal	0,67
Ossos e articulações saudáveis	redução do uso do fumo, álcool ...	0,59
	bem-estar psicológico	0,53
	redução de doenças cardiovasculares	0,57
	prevenção de doenças	0,55
	melhoria da saúde mental	0,53
Melhoria do funcionamento corporal	melhoria do funcionamento corporal	0,71
	redução de doenças cardiovasculares	0,57
	melhoria da saúde mental	0,56
	ossos e articulações saudáveis	0,71
	alimentação	0,51
Controle do peso	controle do peso	0,52
	redução de doenças cardiovasculares	0,66
	melhoria da saúde mental	0,67
	melhoria do funcionamento corporal	0,52
	local onde se vive	0,53
Redução do álcool, Fumo e drogas	redução do uso do fumo, álcool ...	0,58
	obediência às normas	0,52
	controle do peso corporal	0,58
	melhoria da saúde mental	0,59
	relações de trabalho	0,55
	obediência às normas	0,53
	melhoria do funcionamento do corpo	0,57

(\*)coeficiente significativo utilizado na análise e interpretação dos dados



Tabela 10: Coeficiente de correlação simples da relação atividade física e ambiente

Atividade Física e Ambiente		r	
Relacionamento das pessoas	relações de trabalho	0,80*	
	condições de trabalho	0,55	
	saneamento e planejamento da zona de atuação	0,63	
	iluminação e ventilação no trabalho	0,61	
	pureza da águas dos rios e lagoas	0,54	
	qualidade do ar	0,56	
	alimentação	0,55	
	Relações de trabalho	relacionamento das pessoas	0,80
		redução do uso do fumo, álcool ...	0,55
		qualidade do ar	0,61
condições de trabalho		0,63	
saneamento e planejamento da zona de atuação		0,60	
iluminação e ventilação no trabalho		0,70	
pureza da águas dos rios e lagoas		0,60	
local onde se vive		0,52	
Condições de trabalho	local onde se vive	0,52	
	relacionamento das pessoas	0,55	
	relações de trabalho	0,63	
	iluminação e ventilação do trabalho	0,54	
Saneamento e planejamento da zona de atuação	relacionamento das pessoas	0,63	
	relações de trabalho	0,60	
	condições de trabalho	0,53	
	pureza das águas dos rios e lagoas	0,85*	
	iluminação e ventilação no trabalho	0,70*	
	qualidade do ar	0,86	
	habitação	0,53	
	Iluminação e ventilação do local de trabalho	relacionamento das pessoas	0,61
relações de trabalho		0,70	
condições de trabalho		0,54	
saneamento e planejamento da zona de atuação		0,70	
pureza das águas dos rios e lagoas		0,63	
qualidade do ar		0,73	
habitação		0,62	
acesso ao transporte de qualidade		0,51	
atividades educacionais c/ a comunidade		0,52	
Pureza das águas dos rios e lagoas		relacionamento das pessoas	0,54
	relações de trabalho	0,60	
	saneamento e planejamento da zona de atuação	0,85	
	iluminação e ventilação do trabalho	0,63	
	qualidade do ar	0,84	
Qualidade do ar	relacionamento das pessoas	0,56	
	relações de trabalho	0,61	
	saneamento e planejamento da zona de atuação	0,86*	
	iluminação e ventilação do trabalho	0,73	
	pureza das águas dos rios e lagoas	0,84	

(\*)coeficiente significativo utilizado na análise e interpretação dos dados

### 5.3.3 Relação atividade física e saúde

Ao abordar a relação **atividade física e saúde**, os trabalhadores do PSF demonstram conhecimento sobre os benefícios de uma atividade física regular. Eles são vários: a redução por morte de doenças cardiovasculares, a prevenção do diabetes, da hipertensão, do câncer de cólon e mama, a melhoria da saúde mental, ossos e articulações saudáveis, enfim todos benefícios fisiológicos que privilegiam a dimensão biológica da Educação Física amplamente divulgada na última década como por exemplo nos trabalhos de Gomes, Siqueira e Schieri (2001), Salles-Costa *et al.*(2003) e Silva e Malina (2000).

Com esses princípios temos muitos estudos comprobatórios, Pitanga (2004, p.9) confirma que: “Nos últimos anos, o reconhecimento das vantagens da prática regular de atividade física e/ou do exercício físico na promoção da saúde, reduzindo a incidência das doenças crônico degenerativas, vem despertando enorme atenção por parte de diversos pesquisadores”.

Porém, para Silva (2001, p.90) “a generalização destes dados estatísticos reforça este indicativo da tendência a mundialização desta referência única no campo das ciências biomédicas, sobrepondo-se as diversidades culturais”.

Este achado pode estar relacionado ao conhecimento mais predominante da importância da atividade física em situações de doença ou agravo instalados. Este conhecimento direciona-se para a visão da relação atividade física e doença, na mesma lógica do foco na área da saúde em atuar predominantemente em estado de doença corporal, do que na relação de prevenção, ou ainda, mais distante na relação com a promoção da saúde. Esta atuação utiliza os instrumentos de saber

sobre a doença e para atuar no sentido da promoção “não basta conhecer o funcionamento das doenças e encontrar mecanismos para o seu controle” (CZERESNIA, 2003, p.47).

Carvalho (1995, p.27) aludindo a relação saúde entre atividade física afirma que essa relação “passa pela necessidade de se explicar como se constituiu, e em que condições se perpetua essa relação, esclarecendo as várias forças sociais que determinaram a própria constituição dessa questão”.

Este fato remete a um questionamento que este trabalho não propôs responder, mas que merece atenção, qual seja, quais são os possíveis vínculos operacionais e sóciopolíticos do conteúdo da atividade física a ser concretizado no trabalho desenvolvido nas unidades de saúde da família, no município do Rio Grande/RS?

#### 5.3.4 Relação atividade física e ambiente

Ao refletir acerca da aproximação entre atividade física e ambiente, a constituição primeira de um ambiente saudável para uma das necessidades fisiológicas, a cardiorespiratória, portanto, orgânica e, a própria aproximação entre as pessoas na condição de seres em relação social, proporciona a possibilidade da concordância do grupo em geral dos trabalhadores. Salienta-se que um ambiente saudável, na condição de possuidor de um ar adequado às próprias necessidades de aeração e trocas gasosas, provoca a existência de potenciais mais saudáveis na condição fisiológica e corporal humana.

Esse grupo percebe a relação atividade física e ambiente, quando valorizam não só os aspectos físicos do ambiente, como também, as relações sociais que ele compreende e estendendo essa compreensão aos vários micro-ambientes dos quais eles fazem parte, o trabalho, a casa, e outros.

As alternativas relações de trabalho e ambiente se correlacionaram fortemente, apresentando  $r=0,80$  (coeficiente de correlação) como espaço da relação atividade física e ambiente. Surgem aqui também correlações muito fortes entre o microambiente específico da zona de atuação, ou seja, do local de trabalho, o coeficiente de correlação nesse caso foi de 0,86 (saneamento e planejamento da zona de atuação), também muito valorado nessa relação.

O que nos permite concluir que os respondentes de uma forma geral relacionam a atividade física, aos benefícios para a sua saúde corporal, eles percebem que essa associação existe e o ambiente é apontado como parte importante aumentando a complexidade dessa relação, principalmente no ambiente de trabalho.

O bloco 3 é de questões propostas como fatores positivos e negativos na relação atividade física, saúde e ambiente.

Tabela 11: Análise das médias e desvio padrão dos fatores positivos e negativos na relação atividade física, saúde e ambiente.

Fatores na relação atividade física, saúde e ambiente		n	Média ± sd.	CV %	p
Positivos	alimentação	122	9,19 ±1,48	16	0,353
	Vestuário	122	7,63 ±2,35	30	0,701
	Habitação	122	8,14 ±2,13	26	0,211
	Lazer	122	8,81 ±1,67	18	0,361
	tipo físico	121	6,36 ±2,39	37	0,002*
Negativos	acesso ao transporte de qualid.	121	6,04 ±2,59	16	0,402
	acesso ao serviço de saúde	121	8,47 ±2,17	25	0,497
	excesso de atividades	122	7,99 ±2,51	31	0,000*
	alto peso	122	8,00 ±2,49	31	0,027*
	Preguiça	122	8,46 ±2,25	26	0,021*
	planejamento urbano inadeq.	122	7,50 ±2,52	33	0,514
	abuso de tecnologias	122	6,93 ±2,91	41	0,872
	não almoçar em casa	121	7,49 ±2,83	37	0,483

(n)-nº de respondentes

média ± sd- média e desvio padrão

CV- coeficiente de variação

Tabela 12A: Decomposição da média com diferença significativa entre as categorias - fatores positivos na relação atividade física, saúde e ambiente: tipo físico.

	Enfermeiro	Médico	Técnico	Agente
	p	P	p	p
Enfermeiro		0,085	0,300	0,035
Médico	0,085		0,005	0,958
Técnico	0,300	0,005		0,000
Agente	0,035	0,958	0,000	

6,3 – médicos      6,3 – agentes      7,6 - enfermeiros      8,3 - técnicos

O grupo dos médicos e dos agentes deram médias menores do que enfermeiros e técnicos.

Tabela 12B: Decomposição da média com diferença significativa entre as categorias - fatores negativos na relação atividade física, saúde e ambiente: excesso de atividades.

	Enfermeiro	Médico	Técnico	Agente
	p	P	p	p
Enfermeiro		0,447	0,412	0,16
Médico	0,447		0,974	0,001
Técnico	0,412	0,974		0,000
Agente	0,016	0,001	0,000	

7,0 – agentes      8,5 – enfermeiros      9,1 – médicos      9,1 – técnicos

O grupo dos agentes obteve média diferente dos demais.

Tabela 12C: Decomposição da média com diferença significativa entre as categorias - fatores negativos na relação atividade física, saúde e ambiente: alto peso corporal.

	Enfermeiro	Médico	Técnico	Agente
	p	P	p	p
Enfermeiro		0,793	0,555	0,029
Médico	0,793		0,395	0,014
Técnico	0,555	0,395		0,126
Agente	0,029	0,014	0,126	

7,3 – agentes      8,3 – técnicos      8,8 – enfermeiros      9,0 – médicos

O grupo dos agentes obteve média diferente dos médicos e enfermeiros.

Tabela 12D: Decomposição da média com diferença significativa entre as categorias - fatores negativos na relação atividade física, saúde e ambiente: preguiça.

	Enfermeiro	Médico	Técnico	Agente
	p	P	p	P
Enfermeiro		0,798	0,140	0,021
Médico	0,798		0,087	0,010
Técnico	0,140	0,087		0,585
Agente	0,021	0,010	0,585	

7,9 – agentes      8,2 – técnicos      9,3– enfermeiros      9,5 - médicos

O grupo dos agentes obteve média diferente dos médicos e enfermeiros.

O grupo total de trabalhadores avaliou com notas médias acima de 8,0 e CV abaixo de 30% os quesitos referentes a alimentação ( $9,19 \pm 1,48$  CV 16%), o lazer ( $8,81 \pm 1,67$  CV 18%), a habitação ( $8,14 \pm 2,13$  CV 26%), como fatores positivos. A alternativa vestuário assumiu nota média ( $7,63 \pm 2,35$  CV 30%) demonstrando valor limite de concordância no grupo. Já o acesso ao transporte de qualidade obteve a média mais baixa de todo instrumento ( $6,04 \pm 2,59$  CV 16%), aponta para uma concordância no sentido de que essa condição interfere menos na relação atividade física e ambiente, para o grupo de respondentes.

A maioria das alternativas propostas como fatores negativos ultrapassaram o limite de 30% para o coeficiente de variação (CV 30%), mesmo as alternativas com notas médias acima de 7,0 - planejamento urbano inadequado e a impossibilidade de realizar a refeição na residência; assim como, para a alternativa abuso no uso de tecnologias com nota média abaixo de 7,0, exceto a alternativa preguiça ( $8,46 \pm 2,25$ , CV 26%). Nesta direção, o conjunto de fatores negativos, apresentado para o grupo de trabalhadores, adquiriu variabilidade a ser considerada.

Essas questões de número 6 e 7 também guardam entre si, isto é, entre suas alternativas os graus de correlação acima de 0, 50, pois agrupam informações de mesma natureza, no entanto, a presença delas no instrumento de coleta se deve mais ao fato de ir aumentando a complexidade das questões, do que trazer um dado novo para a discussão. Os dados estão nas tabelas 13 e 14 abaixo:

Tabela 13: Coeficiente de correlação simples dos fatores positivos na relação atividade física saúde e ambiente

Fatores positivos na relação atividade física, saúde e ambiente		r	
Alimentação	melhoria do funcionamento corporal	0,51	
	Lazer	0,58	
Vestuário	Habitação	0,60	
	tipo físico	0,53	
Habitação	Vestuário	0,60	
	relacionamento das pessoas	0,55	
	saneamento básico e planejamento da zona de atuação	0,53	
	iluminação e ventilação do trabalho	0,62	
	procedimentos amb. externos	0,55	
	obediência às normas	0,61	
	acesso ao transporte de qualidade	0,64	
	Lazer	Alimentação	0,58
		Vestuário	0,53
	Tipo físico	acesso ao transporte de qualidade	0,57
Acesso ao transporte de qualidade		tipo físico	0,57
	Habitação	0,64	
	preservação do local de trabalho	0,52	
	obediência às normas	0,57	

(\*)coeficiente significativo utilizado na análise e interpretação dos dados



Tabela 14: Coeficiente de correlação simples dos fatores negativos na relação atividade física saúde e ambiente

Fatores negativos na relação atividade física, saúde e ambiente		r
Excesso de atividades	alto peso corporal	0,63
Alto peso corporal	excesso de atividades	0,63
	Preguiça	0,60
Preguiça	planejamento urbano inadequado	0,51
	alto peso corporal	0,60
Planejamento urbano	abuso de tecnologias	0,51
	alto peso corporal	0,51
Inadequado		
Abuso de tecnologias	Preguiça	0,51

(\*)coeficiente significativo utilizado na análise e interpretação dos dados

### 5.3.5 Fatores positivos e negativos na relação atividade física saúde e ambiente

A alimentação, o vestuário, habitação, o acesso ao transporte de qualidade, o acesso aos serviços de saúde e o lazer foram considerados como **fatores positivos na relação atividade física, saúde e ambiente**, esses itens são condicionantes para qualidade de vida (MINAYO, HARTZ e BUSS, 2000).

De acordo com Nahas (2003, p.14) a qualidade de vida é “a condição humana resultante de um conjunto de parâmetros individuais e sócio-ambientais, modificáveis ou não, que caracterizam as condições em que vive o ser humano”.

A qualidade de vida tem sido considerada um fator importante relacionada à saúde, ela pode se manifestar através da satisfação com a vida por meio da auto-estima e está presente em estudos ligados a condição de trabalho (NAHAS, 2003).

Essa associação aparece explicitamente na questão aberta onde os respondentes expressaram de forma escrita suas idéias sobre atividade física, eles

afirmam que a atividade física é capaz de diminuir o stress, proporcionar uma melhor qualidade de vida, uma melhor auto-estima, bom humor e o relacionamento com os outros. Neste sentido, pode-se afirmar que o conteúdo da atividade física está próximo ao conteúdo da promoção da saúde (CZERESNIA, 2003).

Os **fatores negativos** no entendimento do grupo dos trabalhadores foram considerados dentro de uma visão pessoal e singular, como por exemplo, na alternativa que trata do uso da tecnologia (depende como cada um lida com a tecnologia), ou mesmo das condições de ir até em casa durante o intervalo de almoço, ou seja, são os parâmetros individuais aos quais Nahas (2003) se refere na sua definição de qualidade de vida. Esta constatação foi confirmada a partir da análise de correlação múltipla em que essas alternativas aparecem com coeficiente de correlação abaixo de 0,50.

A relação entre atividade física e saúde pode ter provocado o resultado com média mais baixa para alternativa transporte com qualidade, isto provavelmente pode estar relacionado ao sentido popular em que o acesso ao transporte com qualidade pode em um sentido geral representar uma não atividade física, dado que, nesta direção, a atividade física está muito relacionado ao exercício físico.

O bloco 4 vem introduzindo as ações desenvolvidas no trabalho dos respondentes, pois as questões 8 e 9 trazem nas alternativas o teor principal desse estudo, que pretende verificar em quais ações o grupo total de trabalhadores consideram presente a relação atividade física saúde e ambiente e se existe um conhecimento específico a esse respeito.

O trabalho desenvolvido pelas equipes tem dois momentos: um interno (questão 8) que é comum a todos os membros da equipe, através de ações desenvolvidas dentro da unidade básica de saúde e outro que se dá com as saídas

à comunidade e, portanto fora da unidade é também comum á todos membros (questão 9).

Tabela 15: Análise das médias e desvio padrão a relação atividade física, saúde e ambiente nas ações desenvolvidas dentro e fora da UBS .

Atividade Física e Ações Desenvolvidas		n	Média ± sd	CV %	p
Dentro da	atendimento individual	121	8,15 ±2,21	27	0,310
	procedimentos ambulatoriais	121	8,31 ±2,17	26	0,255
UBS	atividades educacionais	122	8,43 ±1,88	22	0,688
	sessão do grupo de apoio	121	8,09 ±2,09	25	0,991
	visitação domiciliar	121	8,55 ±1,91	22	0,001*
Fora da	proced. ambulatoriais	121	8,15 ±2,02	24	0,013*
	atendimento aos grupos diferenciados	122	9,61 ±1,68	19	0,172
UBS	encaminhar p/exames mais complexos	122	7,39 ± 2,64	35	0,001*
	atividades festivas com a comunidade	122	7,74 ±2,36	30	0,607

(n)-nº de respondentes

média ± sd- média e desvio padrão

CV- coeficiente de variação

Tabela 16A: Decomposição da média com diferença significativa entre as categorias - Ações desenvolvidas pela equipe fora da UBS: visitação domiciliar.

	Enfermeiro	Médico	Técnico	Agente
	p	p	p	p
Enfermeiro		0,529	0,038	0,087
Médico	0,529		0,006	0,013
Técnico	0,038	0,006		0,399
Agente	0,087	0,013	0,399	

7,5 – médicos      7,9 – enfermeiros      8,8 – agentes      9,3 – técnicos

O grupo dos médicos e enfermeiros obteve médias diferentes dos agentes e técnicos.

Tabela 16B: Decomposição da média com diferença significativa entre as categorias - Ações desenvolvidas pela equipe fora da UBS: procedimentos ambulatoriais.

	Enfermeiro	Médico	Técnico	Agente
	p	p	p	p
Enfermeiro		0,129	0,096	0,521
Médico	0,129		0,001	0,011
Técnico	0,096	0,001		0,148
Agente	0,521	0,011	0,148	

6,9 – médicos      7,9 – enfermeiros      8,2 – agentes      9,0 - técnicos

O grupo dos médicos obteve média diferente dos agentes e técnicos.

Tabela 16C: Decomposição da média com diferença significativa entre as categorias - Ações desenvolvidas pela equipe fora da UBS: encaminhar usuários para exames mais complexos.

	Enfermeiro	Médico	Técnico	Agente
	p	p	p	p
Enfermeiro		0,100	0,362	0,072
Médico	0,100		0,009	0,000
Técnico	0,362	0,009		0,453
Agente	0,072	0,000	0,453	

5,4 – médicos      6,8 – enfermeiros      7,5 – técnicos      8,0 – agentes

O grupo dos médicos obteve média diferente dos técnicos e agentes, os enfermeiros também apresentaram média diferente dos técnicos.

Todas as atividades desenvolvidas dentro da unidade básica foram consideradas importantes com as médias acima de 8,43 e CV abaixo dos 30% são elas: as atividades de cunho educacional com a comunidade, os procedimentos ambulatoriais, o atendimento individual ao usuário e as sessões dos grupos de apoio.

Dentre as atividades desenvolvidas fora da unidade básica, a relação atividade física saúde e ambiente está presente nos cuidados específicos a grupos diferenciados ( $9,61 \pm 1,68$  CV 19%) e nas atividades festivas com a comunidade ( $7,74 \pm 2,36$ , CV 30%).

Porém a visita domiciliar ( $8,55 \pm 1,91$ , CV 22%), os procedimentos ambulatoriais ( $8,15 \pm 2,02$  CV 24%) e o encaminhamento para exames mais complexos ( $7,39 \pm 2,64$  CV 35%), apresentaram variabilidade a ser considerada, sem a concordância do grupo geral.

Tabela 17: Coeficiente de correlação simples das ações desenvolvidas dentro da UBS que privilegiam a relação atividade física, saúde e ambiente.

Ações dentro da UBS que envolvem a relação atividade física, saúde e ambiente		r
Atendimento Individual	procedimentos ambulatoriais internos	0,81*
	sessão do grupo de apoio	0,52
Procedimentos Ambulatoriais Internos	atendimento individual	0,81
	procedimentos ambulatoriais externos	0,58
	encaminhar p/ exames complexos	0,54
Atividades educacionais c/ a comunidade	melhoria do nível de saúde mental	0,52
	sessão do grupo de apoio	0,79*
	cuidados externos específicos a grupos diferenciados	0,60
	Iluminação e ventilação do trabalho	0,52
Sessão do grupo de apoio	Atendimento individual	0,52
	cuidados externos específicos a grupos diferenciados	0,50
	Atividades educacionais c/ a comunidade	0,79

(\*)coeficiente significativo utilizado na análise e interpretação dos dados

Tabela 18: Coeficiente de correlação simples das ações desenvolvidas fora da UBS que privilegiam a relação atividade física, saúde e ambiente

Ações fora da UBS que envolvem a relação atividade física, saúde e ambiente		r
Visitação domiciliar	procedimentos ambulatoriais externos	0,77
	cuidados externos específicos a grupos diferenciados	0,63
	obediência às normas	0,52
Procedimentos ambulatoriais externos	habitação	0,55
	procedimentos ambulatoriais internos	0,58
	visitação domiciliar	0,77
	cuidados externos específicos a grupos diferenciados	0,73
	encaminhar p/ exames complexos	0,60
	preservação do local de trabalho	0,55
	solidariedade	0,51
	momentos de reflexão da equipe	0,54
	obediência às normas	0,54
	Cuidados externos a grupos diferenciados	atividades festivas com a comunidade
visitação domiciliar		0,63
procedimentos ambulatoriais externos		0,73
atividades educativas com a comunidade		0,60
Encaminhar p/ exames complexos	sessão do grupo de apoio	0,50
	procedimentos ambulatoriais internos	0,54
	preservação do local de trabalho	0,52
	Procedimentos ambulatoriais externos	0,60

(\*)coeficiente significativo utilizado na análise e interpretação dos dados

Na análise de correlação simples destas questões podemos constatar que: desde o acolhimento de cada usuário até os procedimentos mais simples dentro da unidade, os respondentes relacionam seus conhecimentos, ações como essas se correlacionam muito, já que apresentam um  $r=0,81$

As atividades de cunho educacional com a comunidade e o atendimento ao grupo de apoio privilegiam essa relação apresentando um  $r=0,79$  elas também estão presentes nas atividades fora da unidade na prestação de serviços a grupos diferenciados com r respectivamente igual a 0,60 e 0,50. A visitação domiciliar

associada a procedimentos ambulatoriais ( $r=0,77$ ) dentre as ações externas também é valorizada com esse propósito.

Os dados correlacionados nessas alternativas são capazes de demonstrar a compreensão desses trabalhadores em relação à atividade física e saúde e ambiente no seu ambiente de trabalho tanto interno quanto externo, pois todas alternativas apresentam o  $r$  acima de 0,50.

#### 5.3.6 Relação atividade física, saúde e ambiente no trabalho a partir de ações desenvolvidas diariamente pelas equipes.

Mergulhando no processo de trabalho e na dinâmica das atividades diárias das equipes de PSF, as dividimos em dois momentos para esse estudo: um dentro da unidade básica e outro fora da unidade.

As **atividades desenvolvidas dentro da unidade básica**, citadas no instrumento de coleta foram: as atividades de cunho educacional com a comunidade, os procedimentos ambulatoriais, o atendimento individual ao usuário e as sessões dos grupos de apoio, o grupo total de respondentes percebe que a relação atividade física saúde e ambiente está presente nessas ações.

Nas alternativas propostas que tratam das **atividades desenvolvidas fora da unidade básica** se destacou o fato de que ações como a visita domiciliar e os procedimentos ambulatoriais externos, nas quais exigem o deslocamento do trabalhador não aparecem como mais importantes no processo de trabalho, como representantes dessa relação. Essas ações embora desempenhadas por todos apresentam divergência de opinião entre as categorias de trabalhadores. Na

visitação domiciliar os médicos e os enfermeiros valorizam menos esta relação do que os agentes comunitários de saúde e técnicos em enfermagem. Nos procedimentos ambulatoriais externos os médicos valorizam menos essa relação do que os demais trabalhadores. Esse fato provavelmente está diretamente relacionado às atividades realizadas por cada trabalhador.

Os trabalhadores de acordo com suas respostas são capazes de demonstrar compreensão em relação à atividade física, saúde e ambiente no seu processo de trabalho tanto interno quanto externo, eles identificam tais conhecimentos no desempenho de suas atividades.

As questões nas quais houve divergências significativas entre as categorias de trabalhadores foram: 1)Atividade física é-dançar, 2)Na relação atividade física estão presentes - ossos e articulações saudáveis, a melhoria do funcionamento corporal e preservação da independência dos idosos e as correlações favoráveis com redução do tabagismo e abuso do álcool e drogas, 3) Fatores negativos na relação atividade física saúde e ambiente - excesso de atividades, alto peso corporal e preguiça 4) Ações desenvolvidas pela equipe fora da UBS - visitação domiciliar, procedimentos ambulatoriais, 5) Ações como trabalhador e cidadão privilegiando a rela o atividade física saúde e ambiente-sentimento de solidariedade, contribuir com os momentos de reflexão da equipe, e a sele o do lixo.

Foi possível identificar então, que o grupo dos médicos e dos agentes foram os que mais divergiram entre si na atribui o das suas notas na maioria das alternativas, isso se deve certamente   forma o desses grupos, pois para os médicos essa forma o se ampliou bastante nos últimos tempos para dimensão humana, inclusive dentro do próprio PSF que apresenta uma proposta concreta de saúde coletiva, mas, ela ainda   predominantemente biológica sem sombra de



dúvidas e isso certamente influenciou nas respostas. Silva (2003, p.91) diz que a lógica das ciências biomédicas no que se refere ao corpo está baseada na fisiologia e na cinesiologia “indicando aos profissionais e à toda sociedade uma desconsideração por outras dimensões do corpo e do movimento humano”.

Os agentes comunitários possuem outra formação, que é claro baseia-se na dimensão biológica também, mas, no entanto por ser o elo entre a comunidade e o programa, o seu trabalho desenvolve a partir do contato com as pessoas desse grupo, necessitando uma visão humanizada do processo.

De acordo com o PSF, o agente recebe capacitação para reunir informações de saúde sobre a comunidade onde mora, ele deve ser orientado pelo médico e pela enfermeira de sua equipe (BRASIL, 1997).

A diferença na formação de cada um dos profissionais que compõe as equipes, pode justificar a divergência de opiniões em determinados momentos.

No último bloco temos a última questão fechada, de número 10, que apresenta grau de complexidade maior e, portanto abrange de forma mais correta os conceitos deste estudo.

Ações como, melhorar o aproveitamento das informações obtidas sobre atividade física e saúde e ambiente, praticar exercícios físicos orientados, a obediência às normas vigentes e a preservação do local de trabalho, obtiveram médias acima de 8 e CV abaixo dos 30%, o que permite concluir que os respondentes concordam entre e si têm conhecimento sobre o assunto proposto.

Tabela 19: Análise das médias e desvio padrão ações como trabalhador e cidadão que privilegiam a relação atividade física saúde e ambiente.

Ações que privilegiam a relação atividade física, saúde e ambiente		n	Média ± sd	CV%	p
Trabalho e	escolha de representantes	119	7,15 ±2,86	40	0,999
	preservação do local de trabalho.	119	8,27 ±1,99	24	0,327
Cidadania	solidariedade	120	8,81 ±1,59	18	0,049*
	reflexão da equipe	121	8,52 ±1,76	20	0,049*
	melhorar o aproveitamento das informações obtidas	120	8,93 ±1,47	16	0,666
	seleção do lixo	121	8,79 ±1,73	19	0,049*
	praticar exercícios físicos	121	8,91 ±1,59	17	0,150
	obediência consciente as normas	121	8,44 ±2,08	24	0,290

(n)-nº de respondentes

média ± sd- média e desvio padrão

CV- coeficiente de variação

Tabela 20A: Decomposição da média com diferença significativa entre as categorias - Ações como trabalhador e cidadão privilegiando a relação atividade física, saúde e ambiente: sentimento de solidariedade.

	Enfermeiro	Médico	Técnico	Agente
	p	p	p	p
Enfermeiro		0,044	0,716	0,775
Médico	0,044		0,084	0,005
Técnico	0,716	0,084		0,444
Agente	0,775	0,775	0,444	

7,8 – médicos      8,7 – técnicos      8,9 – enfermeiros      9,0 - agentes

O grupo dos médicos obteve média diferente dos demais.

Tabela 20B: Decomposição da média com diferença significativa entre as categorias - Ações como trabalhador e cidadão privilegiando a relação atividade física, saúde e ambiente: contribuir com os momentos de reflexão da equipe.

	Enfermeiro	Médico	Técnico	Agente
	p	p	p	p
Enfermeiro		0,006	0,211	0,175
Médico	0,006		0,103	0,035
Técnico	0,211	0,103		0,872
Agente	0,175	0,035	0,872	

7,6 – médicos      8,5 – técnicos      8,6 – agentes      9,2 - enfermeiros

O grupo dos médicos obteve média diferente dos agentes e dos enfermeiros.

Tabela 20C: Decomposição da média com diferença significativa entre as categorias - Ações como trabalhador e cidadão privilegiando a relação atividade física, saúde e ambiente: seleção do lixo.

	Enfermeiro	Médico	Técnico	Agente
	p	p	p	p
Enfermeiro		0,020	0,895	0,435
Médico	0,020		0,011	0,032
Técnico	0,895	0,011		0,320
Agente	0,435	0,032	0,320	

7,8 – médicos      8,8 – agentes      9,1 – enfermeiros      9,2- técnicos

O grupo dos médicos obteve média diferente dos demais.

A maioria das alternativas se correlacionou de forma positiva com r sempre acima de 0,50, conforme disposto na tabela 21 a seguir, sendo que os momentos de reflexão da equipe e a sugestão de questionamentos se relacionaram com a preservação do local de trabalho, com o sentimento de solidariedade traduzido pelo respeito aos colegas, à comunidade, e a melhora no aproveitamento de informações relacionadas à atividade física, saúde e ambiente. Mas, a alternativa que mais se correlacionou com todas as outras do questionário, foi aquela que tratou da obediência às normas vigentes correlacionada com direitos como habitação apresentou  $r=0,61$  e o acesso ao transporte de qualidade  $r=0,57$  e deveres como a preservação do local de trabalho  $r=0,66$  e a visita domiciliar  $r=0,52$ .

Tabela 21: Ações como trabalhador e cidadão, que envolvem a relação atividade física, saúde e ambiente.

Ações como trabalhador e cidadão		r
Preservação do local de trabalho	Habitação	0,52
	procedimentos ambulatoriais externos	0,55
	encaminhar p/ exames complexos	0,52
	Solidariedade	0,62*
	momentos de reflexão da equipe	0,73*
	aproveitamento das informações recebidas	0,52
	seleção do lixo	0,64
Solidariedade	obediência às normas	0,66
	preservação do local de trabalho	0,62
	procedimentos ambulatoriais externos	0,51
	momentos de reflexão da equipe	0,74*
	aproveitamento das informações recebidas	0,64
Contribuir c/ momentos de reflexão da equipe	seleção do lixo	0,63
	obediência às normas	0,51
	procedimentos ambulatoriais externos	0,54
	preservação do local de trabalho	0,73
	solidariedade	0,74
Melhorar o aproveitamento das informações recebidas	seleção do lixo	0,60
	obediência às normas	0,54
	preservação do local de trabalho	0,52
	Solidariedade	0,64
Seleção do lixo	momentos de reflexão da equipe	0,62
	seleção do lixo	0,67*
	aproveitamento das informações recebidas	0,67
	preservação do local de trabalho	0,64
	solidariedade	0,63
	momentos de reflexão da equipe	0,60
	obediência às normas	0,67
Obediência às normas vigentes	controle do peso corporal	0,52*
	redução do uso do fumo, álcool ...	0,53
	habitação	0,61*
	acesso ao transporte de qualidade	0,57
	visitação domiciliar	0,52
	procedimentos ambulatoriais externos	0,53
	preservação do local de trabalho	0,66*
	solidariedade	0,51
	momentos de reflexão da equipe	0,54
	seleção do lixo	0,67

(\*)coeficiente significativo utilizado na análise e interpretação dos dados

### 5.3.7 O respondente como cidadão e trabalhador na relação entre atividade física, saúde e ambiente

Ao falar da importância da escolha de representantes o grupo total dos respondentes apresenta variabilidade entre si, o que pode significar que essa é uma ação vista por eles como distante da relação atividade física, saúde e ambiente, ou pelo menos não demonstram diretamente essa relação, no entanto sabemos que a criação de políticas públicas voltadas para saúde e atividade física depende dessas escolhas.

Tratando do debate em torno da adesão às atividades físicas Palma e Nogueira (2003) ressaltam a importância de articulação dos setores comprometidos com a geração de movimentos sociais que “concretizem a veiculação de políticas públicas, nas quais à prática da exercitação física regular resulte uma consequência em torno das concepções mais avançadas de saúde e bem-estar.”

Os momentos de reflexão da equipe e a sugestão de questionamentos relacionaram-se com a preservação do local de trabalho, com o sentimento de solidariedade traduzido pelo respeito aos colegas, à comunidade, e à melhora no aproveitamento de informações relacionadas à atividade física, saúde e ambiente, Leopardi (1999) referindo-se ao trabalho em saúde salienta a importância desse sentimento e o desafio de dar e receber ajuda. Mas, a alternativa que mais se correlacionou com todas as outras do questionário, foi aquela que tratou da obediência as normas vigentes, que nos coloca como pessoas com direitos e deveres frente a tudo, correlacionada com direitos como habitação apresentou  $r=0,61$  e o acesso ao transporte de qualidade. Para Turner *apud* Mendes (2002) a cidadania corresponde ao:

"conjunto de práticas (jurídicas, políticas, econômicas e culturais) que definem uma pessoa como um membro efetivo da sociedade, as quais trazem como consequência o dimensionamento do fluxo de recursos para indivíduos e grupos sociais".

O que nos leva a concluir que o exercício de cidadania está presente, e é percebido no processo de trabalho das equipes de PSF, não como uma meta a ser atingida, mas como uma prática efetiva, elas ressaltam a necessidade de participação responsável e compromisso com o processo que envolve os trabalhadores, colocando-os como sujeitos.

Essas alternativas se colocam dentro de um compromisso com a ética e a cidadania, levantam também a compreensão da dimensão humana, presente no serviço prestado, não só de forma singular, ou seja, a cada usuário, como também plural a toda comunidade, e colocam o trabalhador como parte integrante e atuante desse contexto, capaz de transformá-lo ou não.

#### 5.4 ANÁLISE DA QUESTÃO ABERTA

A última questão do instrumento foi aberta, foi proposta aos respondentes a seguinte pergunta: O que você sabe sobre atividade física?

É possível constatar que os respondentes através da sua opinião por escrito ratificaram ter conhecimento sobre o tema proposto, que já haviam ter demonstrado nas questões anteriores.

Foi consenso entre os respondentes que atividade física promove saúde física e mental, a maioria deles ressaltou que dentre os benefícios está a prevenção de várias doenças e a influência na qualidade de vida.

Para os enfermeiros e agentes é importante aliá-la a alimentação saudável, já os técnicos e agentes relacionam a atividade física ao controle do peso corporal.

Constatou-se uma ligeira confusão entre atividade física e exercício físico, uma vez que exercícios físicos são atividades organizadas dentro de um método, e uma falta ainda mais contundente de associação desse tema ao trabalho em si, existe um conhecimento prévio sobre saúde e ambiente e atividade física, mas parece que ele fica um pouco externo ao processo de trabalho desenvolvido.

Considero importante, que pelas respostas percebe-se que o instrumento foi um momento do trabalhador pensar em si como sujeito em questão, nas suas práticas (processo de trabalho) e nas idéias que ele tem sobre determinado assunto, o material recolhido é muito rico e oferece inclusive a possibilidade de maior exploração qualitativa, a qual não nos propomos neste momento.

A análise das respostas foi feita por categorias de trabalhadores, a categoria dos médicos com 12 respondentes, as enfermeiras (o) com 16 respondentes, os técnicos com 17 respondentes, e as agentes comunitárias de saúde com 63 respondentes.

Quadro 2-Seleção das principais idéias por categoria de trabalhador de que atividade física:

Médicos	Enfermeiros	Técnicos	Agentes
Está relacionada a prática de exercícios sem excessos;	A prática de esportes e exercícios diários;		
	Alimentação saudável;		Deve estar somada a outros aspectos como boa alimentação e controle de peso
Promove a saúde física mental emocional e social	Melhor resistência; saúde mental, física e psicológica.	É fundamental para o bem estar físico e mental;	Para a saúde física e mental;
Reduz o risco de doenças cardiovasculares.		Previne doenças; É bom para o coração e a circulação;	Para prevenir doenças
	Diminuir o stress; Melhor qualidade de vida; Melhor autoestima, sociabilidade, bom humor	Melhora a qualidade de vida; Aumenta a sociabilidade; auxilia para ter mais disposição, bom humor, tranquilidade, autoestima	Ter melhor qualidade de vida; Melhorar a autoestima e o relacionamento com os outros
		baixo peso	Controlar ou reduzir peso;
	Melhorar o ambiente, o meio em que se vive, a natureza;		
			Atividade física é também toda forma de movimento;
Ter orientação			



Aqui a opinião de alguns desses trabalhadores:

“Sempre ouvi falar em atividade física como sendo a prática de exercícios, mas agora, (depois do questionário) chego a pensar em atividade física como toda ação desenvolvida pelo indivíduo e que não pode estar dissociada do contexto em geral que ele está inserido. Nós utilizamos nosso corpo para realizar qualquer atividade, mesmo quando *pensamos* estamos realizando inúmeras reações químicas, o próprio fato de viver (existir) já é uma atividade física?...”

(Médico)

“Atividade física é um meio (instrumento) para chegar a um fim (saúde)”.  
(enfermeiro)

“Atividade física é uma prática de exercícios diários ou não, que visam proporcionar uma melhor qualidade vida aos que realizam. Acredito ser uma forma de *expressão* e por que não uma filosofia de vida? Apesar disto como profissional da área de saúde, incentivo nossos clientes a praticarem alguma e qualquer atividade, infelizmente porém não os faço”.

O sedentarismo faz parte da minha vida, tanto quanto o trabalho e, isto não é saúde e, interfere no meu ambiente como um todo.”

(enfermeiro)

“É fundamental para uma boa qualidade de vida. Ando de bicicleta, meus filhos também, desde guria. Atividade física é ótima para o bom humor e autoestima, por que mantém o baixo peso”.

(Técnico em enfermagem)

“A atividade física é indispensável e muito importante para que todo indivíduo tenha uma boa qualidade de vida. Praticando atividade física prevenimos várias doenças cardiovasculares, problemas nos ossos, articulações, etc...Além de tudo temos, maior disposição para trabalhar, viver bem, maior autoestima e também um melhor relacionamento com nossos familiares, colegas e comunidade”.

(Agente)

“É um momento seu e do seu corpo de se achar, encontrar e sentir, mas acredito que as pessoas não seguem como deveriam, por falta de tempo, orientação adequada, e a vida corrida do dia-a-dia”.

“Pois hoje se você não for muito obstinada e dedicada falta tempo para você mesmo . Pois cuidamos da casa, dos filhos, do emprego, do companheiro e já estamos cansadas demais para lembrar de nós mesmas”.

(Agente)

“Atividade física é totalmente ligada á saúde. Uma pessoa sedentária tem muito mais chances de ter vários tipos de doenças, enquanto que, pessoas que realizam atividades físicas, além de terem uma saúde melhor conseguem suportar e enfrentar com mais qualidade de vida uma doença inesperada ou até mesmo hereditária. Por isso, pose se dizer que atividade física é saúde”.

(Agente)

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa aborda o tema Educação Física e Saúde, que embora seja o enfoque de muitos trabalhos e discursos é também muito amplo, esta ligação não pode ser circunscrita tão-somente ao campo da Educação Física. O importante é verificar de que forma essa relação é incorporada pelos diversos segmentos da sociedade (CARVALHO, 2001b).

Os objetivos do estudo constituíram-se em identificar os conhecimentos acerca de atividade física, saúde e ambiente dos trabalhadores do Programa de Saúde da Família que atuam no município do Rio Grande, buscando dentro desse programa espaço concreto para atuação do professor de Educação Física, pois, somente a partir dos conhecimentos desses trabalhadores considerando-os como sujeitos de um processo que promove saúde é que podemos propor a intervenção do profissional afim de que as aprendizagens dessa natureza sejam realmente significativas.

A proposta foi de um estudo quantitativo, de caráter descritivo-exploratório e analítico, e para tanto foi construído um questionário aplicado aos trabalhadores do PSF.

O banco de dados criado pertence ao estudo que o projeto está vinculado, sendo que esses dados podem ser usados a qualquer momento por outros pesquisadores do programa.

Considero que os objetivos propostos foram alcançados, pois através deste estudo foi possível visualizar um programa de saúde pública/coletiva em funcionamento efetivo, conhecer o perfil dos trabalhadores atuantes nesses serviços, além é claro, de identificar o conhecimento dos mesmos.

O PSF em nosso município está bem estruturado, e em fase de expansão, percebe-se um avanço no atendimento à comunidade que passa a ter um serviço não só de assistência à saúde, que antes se centralizava na doença e na medicalização, como também de prevenção a saúde, que necessita de educação em saúde, e da população organizada com interesses em saúde e atores de outros setores sociais.

Foi possível identificar um conhecimento prévio desses trabalhadores sobre atividade física, saúde e ambiente, na verdade conceitos como o de saúde e ambiente estão incorporados ao programa em si, que está organizado para mudança de um enfoque biologicista para um enfoque socioambiental de saúde, através de ações programadas para coletivos distintos, mas ainda percebe-se um enraizamento de conceitos de natureza biológica.

A dimensão biológica se apresenta à medida que esses trabalhadores simplificam a relação atividade física, saúde e ambiente restringindo-a a uma lógica de causa e efeito, como por exemplo: a atividade física é garantia de ser saudável

A atividade física como mais um elemento nessa relação deve ser compreendida como uma manifestação da cultura corporal, ou seja, simultaneamente de domínio de todos e específica do profissional de educação física, ela está presente em todos os momentos da existência humana.

Cabe aqui ressaltar que o profissional de Educação Física para desempenhar funções numa proposta de saúde pública/coletiva deve ter uma visão ampliada de saúde e estabelecer a sua prática pedagógica contemplando a diversidade e a pluralidade, comprometer-se com a ética e a cidadania. Para Carvalho (2001b, p.20) temos que ter a percepção de que:

Os problemas que o homem contemporâneo enfrenta estão relacionados à dificuldade de viver de forma plena e autêntica. Conviver com a pluralidade dos estilos de vida e com as diferenças, não dominando o outro por considerá-lo um sinal de inferioridade, é compromisso fundamental para a construção de relações éticas e saudáveis.

Na verdade esses conceitos estão muito diretamente ligados e presentes no trabalho do PSF.

Os trabalhadores fazem uma ligeira confusão entre atividade física e exercício físico, têm consciência dos benefícios de uma prática regular e orientada de exercícios, mas ainda é preciso refletir a esse respeito levando em consideração as ações diárias da equipe, ou seja, no ambiente de trabalho.

É a partir do processo individual de aprendizagem que o trabalhador se concretiza como sujeito e conseqüentemente cidadão e ator do processo que está por vir.

Para Leopardi (1999, p.72) “O conhecimento é um poderoso instrumento do trabalhador, seja para sua desalienação, seja para habilitá-lo para a execução técnica da atividade necessária.” O saber se concretiza na forma como fazemos algo, na estratégia usada para realizar o objetivo, ao optar por um modo de fazer, está embutido um sentido político e ético. O ideal seria um profissional de educação física, com conhecimentos específicos em saúde coletiva, em cada uma das equipes do PSF, porém numa proposta mais palpável e pioneira para nossa realidade seria a inclusão da presença desses profissionais nos pólos de capacitação de educação permanente<sup>7</sup>.

A educação permanente em saúde apresenta-se como uma proposta de ação estratégica capaz de contribuir para a transformação dos processos formativos das práticas pedagógicas e de saúde para organização do serviço, empreendendo um trabalho articulado entre sistema de saúde, em suas várias esferas de gestão, e as instituições formadoras (BRASIL, 2004).

O primeiro passo para a mudança é uma problematização do processo e da qualidade do trabalho, em que são identificadas as necessidades de qualificação, garantindo a aplicação dos conteúdos e tecnologias estabelecidas, por isso a importância de saber qual o nível de conhecimentos sobre determinado assunto estabelecendo o ponto de partida. Compreendendo melhor a proposta de educação permanente o DEGES (BRASIL, 2004, p.9), esclarece que:

---

<sup>7</sup> O Ministério da Saúde, gestor federal do SUS, no seu Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) é responsável pela formulação e proposição das políticas relativas à formação, ao desenvolvimento profissional e à educação permanente dos trabalhadores da saúde em todos níveis de escolaridade. 04/09/2003. Constituição dos pólos.

A educação permanente parte do pressuposto da aprendizagem significativa, que produz e promove sentidos, e sugere que a transformação das práticas profissionais esteja baseada na reflexão crítica sobre as práticas reais, de profissionais reais, em ação na rede de serviços. É a realização de encontro entre um mundo de formação e o mundo do trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho.

Considero que esse é um espaço apropriado para Educação Física começar a viabilizar um projeto de trabalhar interdisciplinarmente em saúde, para num segundo momento pleitear sua presença nas equipes de uma forma legítima e reconhecida pelos demais profissionais. Velloso (2005, p. 26) ao se referir a essa integração diz que :

[...] Não se pode obstaculizar uma prática existente e reconhecida pela sociedade. Existem importantes experiências de trabalho em equipe, como nos Programas de Saúde da Família, que vêm permitindo acumular e produzir conhecimento sobre o assunto.

Algumas recomendações para que se firme esse espaço de atuação para os profissionais de Educação Física:

Divulgar esse estudo nos meios disponíveis (acadêmicos, de trabalho,...) afim de que possa contribuir na formação dos diferentes profissionais da área da saúde.

A recente criação na nossa Universidade do curso de Educação Física<sup>8</sup> possibilita a viabilização de muitos projetos nesse sentido, Secretaria Municipal de Saúde e a Fundação Universidade Federal de Rio Grande deveriam firmar parcerias já que esse é um campo fértil de produção de conhecimento e propiciar um aprofundamento nesse tema.

---

<sup>8</sup> autorizado em 2005, entra em funcionamento a partir de março de 2006



Cabe a instituições como essas darem o passo inicial, em direção a construção de espaços para concretizar a participação ativa e co-responsável de professores de Educação Física frente a programas de Saúde Pública, com uma proposta de intervenção efetiva, e que poderá se estender então a todos os atores envolvidos no processo de promoção de saúde, não só aos trabalhadores como também a comunidade, numa ação voltada de fato para o coletivo.

Espero que esse estudo possa servir de referência para novos estudos, pois ainda há muito que contribuir nesse amadurecimento da Educação Física frente à promoção de saúde, dentro da própria academia e em outras instâncias também.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. C. P; ROCHA, S. M. M. **O trabalho da Enfermagem**. São Paulo: editora Cortez, 1997.

ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. H. C. Promoção da Saúde e Cidades/ Municípios Saudáveis: propostas de articulação entre saúde e ambiente. IN: MINAYO, M. C. de S., MIRANDA, A. C. **Saúde e Ambiente Sustentável: estreitando nós**. Rio de Janeiro: editora Fiocruz, 2002.

BETTI, M. Educação Física e Sociologia: Novas e velhas questões no contexto brasileiro, In Carvalho, Y. M. & Rubio, K. **Educação Física e Ciências Humanas**, São Paulo: editora Hucitec, 2001.

BRACHT, V. **Educação Física & Ciência: cenas de um casamento (in) feliz**. Ijuí: editora Unijuí, 1999.

BRASIL, **Lei 8.080** – 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde, **O Trabalho do Agente Comunitário de Saúde - Programa de Agentes Comunitários de Saúde, 1994**.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde, **Programa Comunitário Solidário, Programas de Agentes Comunitários de Saúde**. Brasília, DF, 1997.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação e Cultura, SEF, **Parâmetros Curriculares Nacionais: Educação Física**, Brasília: editora do MEC, 1997.

\_\_\_\_\_. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 25 de outubro de 1988. São Paulo: editora Saraiva, 1999.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde, Promoção da Saúde, **Declaração de Alma-Ata - Carta de Otawa – Declaração de Adelaide – Declaração de Sundsväl – Declaração de Santa Fé, Bogotá - Declaração de Jacarta – Rede dos Megapaíses – Declaração do México**. Brasília, 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde, **Políticas de Educação e Desenvolvimento para o SUS, Caminhos para a Educação Permanente em Saúde**, Brasília-DF, 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde, **Portal Saúde**. Disponível em: [http://www.portal.saude.gov.br/saude/visualizar\\_texto.cfm?idxt=20434](http://www.portal.saude.gov.br/saude/visualizar_texto.cfm?idxt=20434) Acesso 28 de outubro de 2004

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde – Departamento de Atenção Básica – SIAB – Data SUS – Consulta local Acesso em setembro de 2005

BROMBERGER, S. T. **O processo de trabalho em saúde da família: espaço possível para o desenvolvimento da educação ambiental não-formal**. Rio Grande: FURG, 2003. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Fundação Universidade Federal do Rio Grande, 2003a.

\_\_\_\_\_. **A estratégia Saúde da Família numa perspectiva ambiental para promoção da saúde. Boletim da Saúde/Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul**, v 17, nº 2, p.15 –24, 2003b.

CANDEIAS, N. M. F. Conceitos de Educação e de Promoção em Saúde: uma abordagem integrada. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. v 30 p.209 – 213, 1997.

CAMPOS, G. W. de S. Saúde Pública e Saúde Coletiva: Campo e Núcleo de Saberes e Práticas In 100 anos de saúde pública. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro. V.5, n. 2, p. 219 - 230, 2000.

CAPRA, F. **O Ponto de Mutação; a ciência, sociedade e a cultura emergente**, São Paulo: editora Cultrix, 1982.

CARVALHO, Y. M. **O Mito da Aptidão Física e Saúde**. São Paulo: editora Hucitec, 1995.

\_\_\_\_\_. **Educação Física e Filosofia**, In Carvalho, Y. M. & Rubio, K. Educação Física e Ciências Humanas, São Paulo: editora Hucitec, 2001a.

\_\_\_\_\_. Atividade física e saúde: onde está e quem é o “sujeito” da relação. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, Campinas. v 22, nº2, p. 9 – 21, 2001b.

CEZAR-VAZ, M. R., Trabalho em saúde: expressão viva da vida social, In Leopardi, Maria Tereza. **Processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade. Florianópolis**: editora. Papa-livros, 1999.

CEZAR-VAZ, M. R.; SOARES, M. C. F.; MARTINS, S. R.; SENA, J; SANTOS, L. R.; RUBIRA, L. T.; COSTA, V. Z.; MUCCILLO-BAISH, A. L. Saber Ambiental - instrumento interdisciplinar para a produção de saúde. **Revista Texto Contexto** 2005 janeiro-abril; 14(4): 391-97.

COOPER, K. Entrevista. **Revista Veja**: editora Abril, p.3-5, fev.2003.

CONFED, **Código de Ética do Profissional de Educação Física**, Rio de Janeiro, 2000.

\_\_\_\_\_. **Intervenção do Profissional de Educação Física**, Rio de Janeiro, 2002.

CZERESNIA, D. O Conceito de saúde e a Diferença entre Prevenção e Promoção. IN: Czeresnia, D. & Freitas, C.M. (orgs). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões e tendências**. Rio de Janeiro: editora Fiocruz, 2003.

DANTAS, E. H. **A Prática da Preparação física**, Rio de Janeiro: editora Shape, 1997.

DAÓLIO, J. A Antropologia Social e Educação Física: possibilidades de encontro, In Carvalho, Y. M. & Rubio, K. **Educação Física e Ciências Humanas**, São Paulo: editora Hucitec, 2001.

ENQUITA, M. F. **Trabalho, Escola e Ideologia**. Porto Alegre: editora Artes Médicas, 1993.

FARINATTI, P. DE T.V. Educação física escolar e aptidão física: um ensaio sob o prisma da promoção de saúde, **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**. Rio de Janeiro, v.16, nº1,1992.

GIL, A. C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. São Paulo: editora Atlas, 1994

GOMES, V. B.; SIQUEIRA R. S.; SCHIERI, R. Atividade física em uma amostra probabilística da população do Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.17, nº4, jul. a ago de 2001.

GONZAGA, F. S. R. **Para além do cotidiano: reflexões acerca do processo de trabalho de educação em saúde.** Florianópolis: UFSC, 1992. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, 1992.

GUEDES, D. P. **Musculação – Estética e Saúde Feminina.** São Paulo: editora Phorte 2003.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Censo demográfico de 2000: características gerais da população.** Rio de Janeiro, 2000.

LEFF, H. **Saber Ambiental: sustentabilidade, racionalidade, complexidade, poder.** Rio de Janeiro: editora Vozes, 2001.

LEOPARDI, M. T. **Processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade.** Florianópolis: editora. Papa-livros, 1999.

LOVISOLO, H. **Atividade Física, Educação e Saúde.** Rio de Janeiro: editora Sprint, 2000.

MACHADO, A. Educação Física Escolar Psicologia: uma relação de trocas necessárias, In Carvalho, Y. M. & Rubio, K. **Educação Física e Ciências Humanas**, São Paulo: editora Hucitec, 2001.

MAGNANI, J. G. Antropologia e Educação Física, In Carvalho, Y. M. & Rubio, K. **Educação Física e Ciências Humanas**, São Paulo: editora Hucitec, 2001.

MANIFESTO MUNDIAL DE EF. FIEP 2000. Disponível em: [http://www.saudeemovimento.com.br/conteudo\\_print.asp?cod\\_noticia=174](http://www.saudeemovimento.com.br/conteudo_print.asp?cod_noticia=174) Acesso 12 de maio 2004.

MATURANA, H. R.; VARELA, F. J. **A árvore do conhecimento: as bases fisiológicas da compreensão humana.** São Paulo :editora Palas Athena, 2001.

MENDES,V. L. P. S. **Inovação Gerencial em Serviços Públicos de Saúde e Cidadania**, Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Brasília-DF, 2002.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**: 17(1): 7-18, 2000.

MINAYO, M. C. S. Enfoque Ecosistêmico de Saúde e Qualidade de Vida, In: **Saúde e Ambiente Sustentável: Estreitando Nós**. MINAYO, M. C. e CARVALHO, A. M. Rio de Janeiro: editora Fiocruz, 2002.

MONTEIRO, A. **Treinamento personalizado: uma abordagem didática metodológica**. São Paulo: editora Phorte, 2002.

MORIN, E. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. São Paulo: editora Cortez, Brasília, DF: UNESCO, 2003.

MOURA, D. **Saúde não se dá: conquista-se** (capítulo 2 - O que se entende por saúde?, capítulo 3 - Saúde, direito a ser conquistado). São Paulo: editora Hucitec, 1989.

NAHAS, M. V. **Atividade Física, saúde e qualidade de vida**. Londrina: editora Midiograf, 2003.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Disponível em [http://www.opas.org.br/promoção/temas.cfm?id=16&Area=Conceito&pag\\_atual=2&direc...](http://www.opas.org.br/promoção/temas.cfm?id=16&Area=Conceito&pag_atual=2&direc...) Acesso dia 1º de novembro de 2004

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

PALMA, A.; NOGUEIRA, A. Reflexões acerca das políticas de promoção de atividade física e saúde: uma questão histórica. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, Campinas, v.24, nº3, p.113 -119,2003.

PIRES, D. A estrutura objetiva do trabalho em saúde, In Leopardi, Maria Tereza. **Processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade**. Florianópolis: editora Papa-livros, 1999.

PITANGA, F. J. G. **Epidemiologia da Atividade Física, Exercício Físico e Saúde**, São Paulo: editora Phorte, 2004.

REIGOTA, M. **O que é educação ambiental**. São Paulo: editora Basiliense, 1994.

RIO GRANDE. Secretaria Municipal de Saúde-Coordenação de PSF. 2004.

SALES-COSTA et al. Associação entre fatores sócio-demográficos e a prática de atividade física de lazer no estudo pró saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, nº 4 jul a ago de 2003.

SAMAJA, J. **A reprodução social e saúde: elementos metodológicos sobre a questão das relações entre saúde e condições de vida**. Salvador: editora Casa da Qualidade, 2000.

SANTIN, S. **Educação Física temas pedagógicos**, Santa Maria: editor, o autor, 2001.

SILVA, A. M. Corpo e diversidade cultural, **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, Campinas, v.23, nº1, p.87-98, 2001.

SILVA, R. C. R.; MALINA, R. M. Nível de aptidão física em adolescentes do município de Niterói, Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.16, nº4, out. a dez de 2000.

TAFFAREL, C. N.; CASTELLANI F.; BRACHT, V.; SOARES, C. L.; VARJAL, E.; ESCOBAR, M. O. Breve Histórico da Educação Física. In: TAFFAREL et al. **Metodologia do Ensino de Educação Física**. São Paulo: Cortez, 1992.

TAMBELLINI, A. T.; CÂMARA, V. M. A temática saúde e ambiente no processo de desenvolvimento do campo da saúde coletiva: aspectos históricos, conceituais e metodológicos. In Saúde e ambiente no processo de desenvolvimento. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.3, nº2, p.47-59, 1998.

TEMAS TRANSVERSAIS. Ministério da Educação e do Desporto. **Parâmetros Curriculares Nacionais**, Brasília, 1998, p. 245-279.

VELLOSO, C. Equipe Multiprofissional de Saúde, **Revista E. F - CONFEF**, Rio de Janeiro. ano 5, V17, 2005, p.24 – 26.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. Habitual physical activity and health. **Regional publications**, European Series n.6, Copenhagen: WHO, Regional office for Europe. 1978.

WEINECK,J. **Atividade física e esporte para quê?**,São Paulo:editora Manole, 2003.



## APÊNDICES

## Apêndice I

Ofício à Secretaria Municipal de Saúde  
Of.CCPGENF. nº 14/2005

Rio Grande, 02 e maio de 2005.

Prezada Senhora,

Venho respeitosamente através do presente, solicitar vossa autorização para realizar uma pesquisa, junto às equipes o Programa de Saúde da Família esta Instituição, que será desenvolvida pela mestrande Elisabete Bongalardo Acosta matriculada regularmente neste Programa de Pós-Graduação Mestrado/FURG, através da dissertação: “Os conhecimentos acerca de atividade física, saúde e ambiente dos trabalhadores das equipes do Programa de Saúde da Família”.

Esta pesquisa se desenvolverá por meio de um questionário, usando consentimento livre e esclarecido. Para tanto, assumo compromisso ético de resguardar todos os sujeitos envolvidos no trabalho assim como a instituição.

Certa da atenção que vossa senhoria irá dispensar ao presente e colocando-me à disposição para os devidos esclarecimentos que se fizerem necessários, aproveito a oportunidade para apresentar protestos de estima e consideração.

Atenciosamente,

Coordenadora do PGENF

Ilma. Senhora

Antonieta Lavoratti - Secretária Municipal de Saúde

## Apêndice II

N° de questionário

**IDENTIFICAÇÃO**

Idade:

Equipe:

Profissão/função:

Tempo na função (em meses):

Sexo:

Grau de escolaridade: ( ) 1º grau ( ) 2º grau ( ) 3º grau

Possui cursos de especialização na área de Saúde da família: ( ) Sim ( ) Não

Renda familiar: ( ) até R\$ 1200,00 ( ) até R\$ 3000,00 ( ) acima de R\$ 3000,00

O instrumento de coleta de dados utiliza uma escala crescente de importância, onde você deve colocar em cada questão o número que corresponda de zero (discordo plenamente) a dez (concordo plenamente), de acordo com sua avaliação. Preencha todas as questões de forma clara, evitando rasuras. Não deixe nenhuma questão sem resposta.

## 01) Saúde é:

a) ausência de doenças;

(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

b) bem-estar físico (locomoção, flexibilidade, força muscular e agilidade);

(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

c) bem-estar mental ou psicológico (bom humor, disposição e auto-estima);

(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

d) bem-estar social (relacionamento interpessoal com colegas, comunidade, funcionários e familiares).

(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

## 02) Ambiente é:

a) natureza (flora e fauna);

(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

b) local onde se vive (casa, trabalho, bairro, cidade);

(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

c) universo (planeta terra, cosmos);

(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

d) corpo humano (organismo biológico).

(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

## 03) Atividade física é:

a) fazer exercícios;

(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

b) caminhar;

(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

c) correr;

(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

d) qualquer movimento do corpo;

(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

e) dançar.

(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

## 04) Na relação atividade física e saúde estão presentes:

a) redução do risco de morte por doenças cardiovasculares;

(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

b) redução do risco de desenvolver, diabetes, hipertensão e câncer de cólon e mama;

(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

c) melhoria do nível de saúde mental;

(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

d) ossos e articulação saudáveis;

(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

- e) melhoria do funcionamento corporal e preservação da independência de idosos;  
(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)
- f) controle do peso corporal;  
(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)
- g) correlações favoráveis com redução do tabagismo e abuso de álcool e drogas.  
(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

05) Na relação atividade física e ambiente, inclui:

- a) relacionamento das pessoas (trabalho, em casa, outros locais de convivência);  
(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)
- b) relações de trabalho (chefias, colegas e usuários);  
(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)
- c) condições de trabalho (carga horária, salário compatível);  
(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)
- d) saneamento básico e planejamento urbano da zona de atuação;  
(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)
- e) iluminação e ventilação do local de trabalho;  
(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)
- f) pureza das águas dos rios e lagoas;  
(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)
- g) qualidade do ar.  
(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

06) Fatores positivos na relação atividade física, saúde e ambiente:

- a) alimentação;  
(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)
- b) vestuário;  
(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)
- c) habitação;  
(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)
- d) lazer (esportes, música, leitura, praia);  
(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)
- e) tipo físico;  
(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)
- f) acesso ao transporte de qualidade;  
(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)
- g) acesso aos serviços de saúde.  
(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

07) Fatores negativos na relação atividade física, saúde e ambiente:

- a) excesso de atividades; muitas coisas para fazer  
(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)
- b) alto peso corporal;  
(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)
- c) preguiça;  
(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)
- d) planejamento urbano inadequado (calçadas, ruas, praças, paisagismo);  
(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)
- e) abuso de tecnologias (computador, celular)...;  
(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)
- f) impossibilidade de realizar a refeição principal em sua residência.  
(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)



## Apêndice III

**FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO INFORMADO**

A mestrande Elisabete Bongalhardo Acosta está desenvolvendo pesquisa intitulada: “Processo de trabalho das equipes do Programa de Saúde da Família: os conhecimentos de saúde e ambiente e a relação com atividade física” sob orientação do Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>. Marta Cezar-Vaz como requisito de aprovação no Mestrado de Enfermagem e saúde da Fundação Universidade Federal do Rio Grande.

Pelo presente termo, declaro que fui informado em relação aos objetivos e procedimentos desta pesquisa, da liberdade de participar ou não, da garantia de anonimato e privacidade, da proteção da imagem, dos riscos e benefícios, assim como a garantia de esclarecimentos antes e durante o curso desta e sobre outros aspectos envolvidos no presente estudo; bem como o direito de retirar o consentimento em qualquer fase, sem risco de penalização e/ou prejuízo; e a segurança de acesso aos resultados.

Assim, nestes termos, considero-me livre e esclarecido, e concedo à autora o direito de expressar as informações obtidas na mesma, divulgando os resultados em trabalhos científicos.

Este documento está em conformidade com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, sendo assinado em duas vias, ficando uma em poder do respondente e outra com a responsável pela pesquisa.

Data

Nome do Participante autorizado.....

Assinatura da responsável pela pesquisa.....

Assinatura do orientador da pesquisa.....

Apêndice IV  
Matriz de Correlação Simples

	S_1A	S_1B	S_1C	S_1D	A_2A	A_2B	A_2C	A_2D	AF_3A
S_1A	1.00	0.69	0.54	0.44	0.56	0.50	0.48	0.42	0.21
S_1B	0.69	1.00	0.71	0.45	0.63	0.53	0.50	0.31	0.35
S_1C	0.54	0.71	1.00	0.67	0.56	0.65	0.43	0.27	0.31
S_1D	0.44	0.45	0.67	1.00	0.38	0.50	0.34	0.27	0.15
A_2A	0.56	0.63	0.56	0.38	1.00	0.57	0.46	0.30	0.50
A_2B	0.50	0.53	0.65	0.50	0.57	1.00	0.44	0.32	0.50
A_2C	0.48	0.50	0.43	0.34	0.46	0.44	1.00	0.67	0.29
A_2D	0.42	0.31	0.27	0.27	0.30	0.32	0.67	1.00	0.22
AF_3A	0.21	0.35	0.31	0.15	0.50	0.50	0.29	0.22	1.00
AF_3B	0.24	0.33	0.49	0.21	0.49	0.44	0.20	0.14	0.64
AF_3C	0.20	0.33	0.38	0.12	0.45	0.42	0.27	0.17	0.71
AF_3D	0.20	0.26	0.33	0.17	0.33	0.42	0.37	0.15	0.52
AF_3E	0.24	0.32	0.38	0.18	0.46	0.48	0.39	0.20	0.61
AFS_4A	0.33	0.43	0.58	0.35	0.36	0.62	0.35	0.25	0.45
AFS_4B	0.04	0.24	0.22	0.16	0.13	0.14	0.21	0.17	0.08
AFS_4C	0.15	0.34	0.48	0.34	0.25	0.40	0.34	0.22	0.32
AFS_4D	0.22	0.39	0.53	0.48	0.32	0.35	0.30	0.22	0.23
AFS_4E	0.22	0.39	0.59	0.55	0.31	0.40	0.35	0.25	0.21
AFS_4F	0.31	0.42	0.46	0.32	0.44	0.53	0.45	0.27	0.43
AFS_4G	0.13	0.18	0.24	0.17	0.19	0.27	0.40	0.37	0.18
AFA_5A	0.28	0.35	0.37	0.30	0.36	0.30	0.48	0.49	0.21
AFA_5B	0.24	0.29	0.28	0.22	0.25	0.23	0.40	0.52	0.24
AFA_5C	0.29	0.36	0.31	0.24	0.29	0.16	0.42	0.53	0.13
AFA_5D	0.17	0.26	0.32	0.30	0.31	0.27	0.32	0.36	0.14
AFA_5E	0.15	0.33	0.31	0.25	0.23	0.16	0.30	0.35	0.14
AFA_5F	0.18	0.20	0.29	0.17	0.23	0.18	0.21	0.37	0.08
AFA_5G	0.13	0.19	0.26	0.19	0.24	0.17	0.27	0.31	0.12
AFSA_6A	0.20	0.28	0.46	0.29	0.36	0.37	0.15	0.08	0.28
AFSA_6B	0.38	0.44	0.37	0.26	0.36	0.28	0.27	0.29	0.24
AFSA_6C	0.27	0.30	0.33	0.25	0.38	0.25	0.25	0.29	0.27
AFSA_6D	0.30	0.33	0.50	0.27	0.43	0.39	0.22	0.26	0.33
AFSA_6E	0.39	0.35	0.28	0.25	0.31	0.29	0.30	0.30	0.19
AFSA_6F	0.24	0.28	0.34	0.32	0.27	0.15	0.30	0.34	0.10
AFSA_6G	0.38	0.38	0.38	0.22	0.37	0.37	0.30	0.29	0.34
AFSA_7A	0.11	0.16	0.11	0.19	0.15	-0.07	0.10	0.06	0.06
AFSA_7B	0.11	0.27	0.31	0.18	0.14	0.00	0.11	0.05	0.08
AFSA_7C	0.02	0.12	0.20	0.02	0.08	0.07	0.07	-0.01	0.13
AFSA_7D	0.26	0.32	0.34	0.34	0.34	0.18	0.23	0.24	0.11
AFSA_7E	0.06	0.15	0.17	0.05	0.29	0.09	0.23	0.05	0.39
AFSA_7F	0.12	0.24	0.27	0.14	0.25	0.16	0.28	0.14	0.28
UBS_8A	0.13	0.14	0.21	0.19	0.27	0.33	0.17	0.14	0.34
UBS_8B	0.15	0.16	0.22	0.21	0.31	0.33	0.18	0.09	0.34
UBS_8C	0.13	0.19	0.25	0.22	0.18	0.21	0.18	0.10	0.35
UBS_8D	0.11	0.17	0.26	0.26	0.15	0.18	0.10	0.09	0.32
FUBS_9A	0.18	0.23	0.26	0.17	0.31	0.35	0.20	0.19	0.31
FUBS_9B	0.24	0.26	0.31	0.27	0.38	0.37	0.31	0.23	0.38
FUBS_9C	0.16	0.21	0.21	0.22	0.21	0.24	0.26	0.29	0.36
FUBS_9D	0.11	0.10	0.08	0.09	0.09	0.07	0.04	0.13	0.14
FUBS_9E	0.09	0.10	0.09	0.16	-0.02	0.01	0.06	0.18	0.13
AÇÃO_10A	0.03	0.03	0.08	0.20	0.10	0.26	0.16	0.26	0.21
AÇÃO_10B	0.13	0.22	0.29	0.25	0.10	0.18	0.27	0.24	0.13
AÇÃO_10C	-0.03	0.03	0.24	0.19	0.02	0.15	0.05	0.08	0.17
AÇÃO_10D	-0.03	0.03	0.24	0.23	0.03	0.15	0.16	0.14	0.14
AÇÃO_10E	0.10	0.20	0.33	0.28	0.14	0.26	0.18	0.12	0.17
AÇÃO_10F	0.13	0.20	0.37	0.21	0.16	0.19	0.17	0.16	0.15
AÇÃO_10G	0.10	0.19	0.20	0.07	0.23	0.15	0.25	0.25	0.29
AÇÃO_10H	0.20	0.33	0.38	0.23	0.33	0.23	0.41	0.33	0.20

AF_3B	AF_3C	AF_3D	AF_3E	AFS_4A	AFS_4B	AFS_4C	AFS_4D
0.24	0.20	0.20	0.24	0.33	0.04	0.15	0.22
0.33	0.33	0.26	0.32	0.43	0.24	0.34	0.39
0.49	0.38	0.33	0.38	0.58	0.22	0.48	0.53
0.21	0.12	0.17	0.18	0.35	0.16	0.34	0.48
0.49	0.45	0.33	0.46	0.36	0.13	0.25	0.32
0.44	0.42	0.42	0.48	0.62	0.14	0.40	0.35
0.20	0.27	0.37	0.39	0.35	0.21	0.34	0.30
0.14	0.17	0.15	0.20	0.25	0.17	0.22	0.22
0.64	0.71	0.52	0.61	0.45	0.08	0.32	0.23
1.00	0.74	0.48	0.75	0.47	0.06	0.32	0.23
0.74	1.00	0.46	0.68	0.49	0.12	0.28	0.22
0.48	0.46	1.00	0.63	0.31	0.00	0.33	0.12
0.75	0.68	0.63	1.00	0.41	-0.03	0.26	0.14
0.47	0.49	0.31	0.41	1.00	0.34	0.67	0.57
0.06	0.12	0.00	-0.03	0.34	1.00	0.61	0.55
0.32	0.28	0.33	0.26	0.67	0.61	1.00	0.61
0.23	0.22	0.12	0.14	0.57	0.55	0.61	1.00
0.24	0.20	0.15	0.17	0.59	0.42	0.56	0.71
0.43	0.36	0.37	0.38	0.66	0.32	0.67	0.49
0.21	0.18	0.18	0.22	0.39	0.47	0.59	0.40
0.19	0.21	0.31	0.30	0.32	0.16	0.36	0.34
0.21	0.22	0.26	0.29	0.37	0.31	0.47	0.39
0.10	0.18	-0.01	0.04	0.31	0.32	0.37	0.41
0.31	0.24	0.10	0.28	0.39	0.26	0.37	0.25
0.20	0.15	0.19	0.19	0.30	0.30	0.46	0.33
0.29	0.18	0.04	0.19	0.32	0.18	0.25	0.13
0.26	0.16	0.08	0.22	0.37	0.22	0.37	0.25
0.33	0.31	0.18	0.18	0.44	0.23	0.46	0.40
0.25	0.30	0.31	0.22	0.21	0.14	0.26	0.24
0.37	0.28	0.15	0.24	0.25	0.07	0.22	0.25
0.45	0.45	0.24	0.32	0.45	0.17	0.42	0.29
0.17	0.16	0.29	0.20	0.14	0.21	0.24	0.20
0.21	0.12	0.16	0.09	0.22	0.29	0.36	0.42
0.40	0.36	0.23	0.32	0.33	0.12	0.32	0.30
0.01	0.02	-0.06	-0.06	0.01	0.19	0.08	0.26
0.11	0.10	0.01	0.08	0.14	0.14	0.07	0.21
0.23	0.16	0.12	0.15	0.26	0.12	0.27	0.19
0.21	0.09	-0.01	0.14	0.11	0.05	0.14	0.25
0.42	0.42	0.28	0.41	0.10	-0.09	0.09	0.01
0.39	0.36	0.14	0.40	0.28	0.07	0.25	0.17
0.25	0.24	0.35	0.21	0.22	0.17	0.33	0.18
0.22	0.22	0.21	0.23	0.27	0.08	0.29	0.31
0.31	0.33	0.28	0.16	0.33	0.27	0.52	0.29
0.28	0.29	0.29	0.14	0.31	0.36	0.56	0.38
0.44	0.35	0.19	0.35	0.30	0.07	0.32	0.17
0.41	0.36	0.28	0.41	0.32	0.05	0.32	0.31
0.38	0.37	0.28	0.32	0.27	0.15	0.37	0.21
0.18	0.10	0.01	0.12	0.14	-0.04	0.11	0.24
0.13	0.23	0.03	0.07	0.03	0.25	0.13	0.11
0.14	0.19	0.13	0.16	0.33	0.27	0.41	0.25
0.26	0.20	0.14	0.20	0.41	0.19	0.41	0.42
0.36	0.28	0.19	0.29	0.31	0.19	0.30	0.32
0.27	0.26	0.06	0.19	0.32	0.22	0.33	0.43
0.29	0.27	0.14	0.19	0.47	0.28	0.38	0.45
0.47	0.35	0.18	0.29	0.41	0.11	0.32	0.32
0.32	0.30	0.10	0.25	0.45	0.15	0.39	0.30
0.41	0.29	0.19	0.36	0.35	0.20	0.44	0.38



AFS_4E	AFS_4F	AFS_4G	AFA_5A	AFA_5B	AFA_5C	AFA_5D	AFA_5E
0.22	0.31	0.13	0.28	0.24	0.29	0.17	0.15
0.39	0.42	0.18	0.35	0.29	0.36	0.26	0.33
0.59	0.46	0.24	0.37	0.28	0.31	0.32	0.31
0.55	0.32	0.17	0.30	0.22	0.24	0.30	0.25
0.31	0.44	0.19	0.36	0.25	0.29	0.31	0.23
0.40	0.53	0.27	0.30	0.23	0.16	0.27	0.16
0.35	0.45	0.40	0.48	0.40	0.42	0.32	0.30
0.25	0.27	0.37	0.49	0.52	0.53	0.36	0.35
0.21	0.43	0.18	0.21	0.24	0.13	0.14	0.14
0.24	0.43	0.21	0.19	0.21	0.10	0.31	0.20
0.20	0.36	0.18	0.21	0.22	0.18	0.24	0.15
0.15	0.37	0.18	0.31	0.26	-0.01	0.10	0.19
0.17	0.38	0.22	0.30	0.29	0.04	0.28	0.19
0.59	0.66	0.39	0.32	0.37	0.31	0.39	0.30
0.42	0.32	0.47	0.16	0.31	0.32	0.26	0.30
0.56	0.67	0.59	0.36	0.47	0.37	0.37	0.46
0.71	0.49	0.40	0.34	0.39	0.41	0.25	0.33
1.00	0.52	0.37	0.31	0.21	0.31	0.33	0.30
0.52	1.00	0.58	0.37	0.39	0.28	0.30	0.28
0.37	0.58	1.00	0.46	0.55	0.38	0.41	0.46
0.31	0.37	0.46	1.00	0.80	0.55	0.63	0.61
0.21	0.39	0.55	0.80	1.00	0.63	0.60	0.70
0.31	0.28	0.38	0.55	0.63	1.00	0.53	0.54
0.33	0.30	0.41	0.63	0.60	0.53	1.00	0.70
0.30	0.28	0.46	0.61	0.70	0.54	0.70	1.00
0.23	0.19	0.35	0.54	0.60	0.47	0.85	0.63
0.36	0.30	0.43	0.56	0.61	0.45	0.86	0.73
0.51	0.43	0.26	0.34	0.24	0.20	0.42	0.31
0.21	0.27	0.17	0.48	0.40	0.36	0.25	0.48
0.20	0.32	0.27	0.55	0.48	0.38	0.53	0.62
0.27	0.50	0.32	0.45	0.40	0.43	0.47	0.39
0.16	0.31	0.28	0.34	0.35	0.39	0.18	0.27
0.35	0.32	0.37	0.40	0.41	0.49	0.36	0.51
0.35	0.34	0.26	0.32	0.26	0.35	0.39	0.36
0.29	0.07	0.04	0.19	0.11	0.13	0.17	0.14
0.40	0.10	0.02	0.16	0.04	0.24	0.24	0.18
0.36	0.25	0.26	0.24	0.15	0.18	0.29	0.22
0.45	0.31	0.19	0.25	0.12	0.32	0.35	0.24
0.11	0.19	0.14	0.27	0.19	0.17	0.19	0.19
0.27	0.34	0.28	0.21	0.13	0.23	0.25	0.06
0.15	0.26	0.19	0.30	0.22	0.22	0.20	0.18
0.22	0.29	0.23	0.35	0.25	0.24	0.30	0.29
0.33	0.34	0.34	0.33	0.31	0.28	0.38	0.52
0.38	0.35	0.33	0.35	0.36	0.20	0.32	0.44
0.13	0.42	0.28	0.23	0.20	0.18	0.28	0.23
0.22	0.42	0.29	0.43	0.35	0.32	0.41	0.37
0.23	0.34	0.26	0.38	0.32	0.35	0.32	0.40
0.05	0.18	0.12	0.26	0.32	0.27	0.19	0.28
0.09	0.05	0.07	0.14	0.20	0.27	0.10	0.29
0.21	0.37	0.38	0.22	0.35	0.31	0.19	0.13
0.30	0.40	0.33	0.30	0.37	0.36	0.29	0.45
0.31	0.24	0.14	0.19	0.26	0.17	0.27	0.23
0.29	0.26	0.24	0.28	0.32	0.29	0.37	0.36
0.48	0.39	0.26	0.19	0.18	0.16	0.29	0.20
0.34	0.36	0.26	0.36	0.35	0.23	0.36	0.41
0.42	0.49	0.47	0.35	0.37	0.36	0.38	0.39
0.37	0.52	0.53	0.41	0.42	0.35	0.38	0.50

AFA_5F	AFA_5G	AFSA_6A	AFSA_6B	AFSA_6C	AFSA_6D	AFSA_6E	AFSA_6G
0.18	0.13	0.20	0.38	0.27	0.30	0.39	0.38
0.20	0.19	0.28	0.44	0.30	0.33	0.35	0.38
0.29	0.26	0.46	0.37	0.33	0.50	0.28	0.38
0.17	0.19	0.29	0.26	0.25	0.27	0.25	0.22
0.23	0.24	0.36	0.36	0.38	0.43	0.31	0.37
0.18	0.17	0.37	0.28	0.25	0.39	0.29	0.37
0.21	0.27	0.15	0.27	0.25	0.22	0.30	0.30
0.37	0.31	0.08	0.29	0.29	0.26	0.30	0.29
0.08	0.12	0.28	0.24	0.27	0.33	0.19	0.34
0.29	0.26	0.33	0.25	0.37	0.45	0.17	0.40
0.18	0.16	0.31	0.30	0.28	0.45	0.16	0.36
0.04	0.08	0.18	0.31	0.15	0.24	0.29	0.23
0.19	0.22	0.18	0.22	0.24	0.32	0.20	0.32
0.32	0.37	0.44	0.21	0.25	0.45	0.14	0.33
0.18	0.22	0.23	0.14	0.07	0.17	0.21	0.12
0.25	0.37	0.46	0.26	0.22	0.42	0.24	0.32
0.13	0.25	0.40	0.24	0.25	0.29	0.20	0.30
0.23	0.36	0.51	0.21	0.20	0.27	0.16	0.35
0.19	0.30	0.43	0.27	0.32	0.50	0.31	0.34
0.35	0.43	0.26	0.17	0.27	0.32	0.28	0.26
0.54	0.56	0.34	0.48	0.55	0.45	0.34	0.32
0.60	0.61	0.24	0.40	0.48	0.40	0.35	0.26
0.47	0.45	0.20	0.36	0.38	0.43	0.39	0.35
0.85	0.86	0.42	0.25	0.53	0.47	0.18	0.39
0.63	0.73	0.31	0.48	0.62	0.39	0.27	0.36
1.00	0.84	0.40	0.24	0.49	0.47	0.16	0.30
0.84	1.00	0.49	0.23	0.49	0.45	0.18	0.35
0.40	0.49	1.00	0.33	0.40	0.58	0.20	0.32
0.24	0.23	0.33	1.00	0.60	0.41	0.53	0.34
0.49	0.49	0.40	0.60	1.00	0.50	0.45	0.40
0.47	0.45	0.58	0.41	0.50	1.00	0.31	0.38
0.16	0.18	0.20	0.53	0.45	0.31	1.00	0.26
0.34	0.29	0.16	0.46	0.64	0.38	0.57	0.46
0.30	0.35	0.32	0.34	0.40	0.38	0.26	1.00
0.09	0.15	0.20	0.26	0.15	0.00	0.18	0.08
0.23	0.25	0.30	0.30	0.23	0.20	0.27	0.22
0.34	0.40	0.35	0.29	0.19	0.22	0.14	0.22
0.33	0.32	0.28	0.32	0.34	0.33	0.27	0.43
0.25	0.20	0.22	0.28	0.25	0.26	0.19	0.13
0.19	0.16	0.15	0.15	0.15	0.31	0.30	0.31
0.20	0.17	0.37	0.33	0.24	0.34	0.39	0.27
0.22	0.29	0.43	0.25	0.32	0.29	0.29	0.35
0.32	0.44	0.50	0.46	0.42	0.37	0.24	0.47
0.30	0.35	0.51	0.48	0.43	0.33	0.34	0.43
0.21	0.17	0.25	0.36	0.42	0.45	0.30	0.37
0.29	0.27	0.37	0.42	0.55	0.48	0.38	0.45
0.26	0.25	0.39	0.44	0.50	0.41	0.32	0.39
0.17	0.12	0.10	0.23	0.42	0.18	0.18	0.13
0.11	0.04	0.13	0.39	0.31	0.10	0.31	0.10
0.18	0.16	0.03	0.07	0.15	0.17	0.31	0.11
0.25	0.22	0.13	0.37	0.48	0.28	0.32	0.29
0.28	0.19	0.22	0.15	0.32	0.29	0.15	0.40
0.32	0.28	0.21	0.20	0.40	0.25	0.19	0.46
0.26	0.25	0.36	0.19	0.29	0.27	0.13	0.45
0.39	0.36	0.34	0.35	0.51	0.45	0.20	0.32
0.34	0.47	0.37	0.20	0.31	0.37	0.18	0.34
0.38	0.40	0.26	0.35	0.61	0.43	0.37	0.42

AFSA_7A	AFSA_7B	AFSA_7C	AFSA_7D	AFSA_7E	AFSA_7F	UBS_8A	UBS_8B
0.11	0.11	0.02	0.26	0.06	0.12	0.13	0.15
0.16	0.27	0.12	0.32	0.15	0.24	0.14	0.16
0.11	0.31	0.20	0.34	0.17	0.27	0.21	0.22
0.19	0.18	0.02	0.34	0.05	0.14	0.19	0.21
0.15	0.14	0.08	0.34	0.29	0.25	0.27	0.31
-0.07	0.00	0.07	0.18	0.09	0.16	0.33	0.33
0.10	0.11	0.07	0.23	0.23	0.28	0.17	0.18
0.06	0.05	-0.01	0.24	0.05	0.14	0.14	0.09
0.06	0.08	0.13	0.11	0.39	0.28	0.34	0.34
0.01	0.11	0.23	0.21	0.42	0.39	0.25	0.22
0.02	0.10	0.16	0.09	0.42	0.36	0.24	0.22
-0.06	0.01	0.12	-0.01	0.28	0.14	0.35	0.21
-0.06	0.08	0.15	0.14	0.41	0.40	0.21	0.23
0.01	0.14	0.26	0.11	0.10	0.28	0.22	0.27
0.19	0.14	0.12	0.05	-0.09	0.07	0.17	0.08
0.08	0.07	0.27	0.14	0.09	0.25	0.33	0.29
0.26	0.21	0.19	0.25	0.01	0.17	0.18	0.31
0.29	0.40	0.36	0.45	0.11	0.27	0.15	0.22
0.07	0.10	0.25	0.31	0.19	0.34	0.26	0.29
0.04	0.02	0.26	0.19	0.14	0.28	0.19	0.23
0.19	0.16	0.24	0.25	0.27	0.21	0.30	0.35
0.11	0.04	0.15	0.12	0.19	0.13	0.22	0.25
0.13	0.24	0.18	0.32	0.17	0.23	0.22	0.24
0.17	0.24	0.29	0.35	0.19	0.25	0.20	0.30
0.14	0.18	0.22	0.24	0.19	0.06	0.18	0.29
0.09	0.23	0.34	0.33	0.25	0.19	0.20	0.22
0.15	0.25	0.40	0.32	0.20	0.16	0.17	0.29
0.20	0.30	0.35	0.28	0.22	0.15	0.37	0.43
0.26	0.30	0.29	0.32	0.28	0.15	0.33	0.25
0.15	0.23	0.19	0.34	0.25	0.15	0.24	0.32
0.00	0.20	0.22	0.33	0.26	0.31	0.34	0.29
0.18	0.27	0.14	0.27	0.19	0.30	0.39	0.29
0.16	0.28	0.09	0.42	0.16	0.29	0.27	0.19
0.08	0.22	0.22	0.43	0.13	0.31	0.27	0.35
1.00	0.63	0.44	0.46	0.38	0.22	0.11	0.28
0.63	1.00	0.60	0.51	0.41	0.37	0.16	0.26
0.44	0.60	1.00	0.42	0.51	0.33	0.24	0.29
0.46	0.51	0.42	1.00	0.37	0.50	0.23	0.28
0.38	0.41	0.51	0.37	1.00	0.47	0.28	0.33
0.22	0.37	0.33	0.50	0.47	1.00	0.18	0.13
0.11	0.16	0.24	0.23	0.28	0.18	1.00	0.81
0.28	0.26	0.29	0.28	0.33	0.13	0.81	1.00
0.27	0.27	0.45	0.22	0.29	0.13	0.47	0.49
0.38	0.36	0.43	0.24	0.34	0.21	0.52	0.48
0.10	0.10	0.18	0.32	0.31	0.38	0.40	0.36
0.16	0.24	0.19	0.35	0.38	0.34	0.49	0.58
0.08	0.16	0.17	0.20	0.25	0.17	0.49	0.48
0.09	0.16	0.10	0.20	0.17	0.07	0.40	0.54
0.30	0.21	0.11	0.07	0.24	0.07	0.35	0.28
-0.06	-0.01	0.20	0.14	0.15	0.24	0.28	0.19
0.16	0.26	0.27	0.23	0.22	0.29	0.20	0.34
-0.05	0.16	0.23	0.23	0.15	0.24	0.30	0.29
0.11	0.27	0.31	0.19	0.19	0.21	0.22	0.37
0.12	0.33	0.31	0.27	0.09	0.27	0.22	0.23
0.12	0.23	0.30	0.23	0.26	0.20	0.20	0.27
0.11	0.20	0.36	0.26	0.17	0.24	0.10	0.15
0.22	0.29	0.36	0.39	0.40	0.30	0.18	0.34

UBS_8C	UBS_8D	FUBS_9A	FUBS_9B	FUBS_9C	FUBS_9D	FUBS_9E	AÇÃO_10A
0.13	0.11	0.18	0.24	0.16	0.11	0.09	0.03
0.19	0.17	0.23	0.26	0.21	0.10	0.10	0.03
0.25	0.26	0.26	0.31	0.21	0.08	0.09	0.08
0.22	0.26	0.17	0.27	0.22	0.09	0.16	0.20
0.18	0.15	0.31	0.38	0.21	0.09	-0.02	0.10
0.21	0.18	0.35	0.37	0.24	0.07	0.01	0.26
0.18	0.10	0.20	0.31	0.26	0.04	0.06	0.16
0.10	0.09	0.19	0.23	0.29	0.13	0.18	0.26
0.35	0.32	0.31	0.38	0.36	0.14	0.13	0.21
0.31	0.28	0.44	0.41	0.38	0.18	0.13	0.14
0.33	0.29	0.35	0.36	0.37	0.10	0.23	0.19
0.28	0.29	0.19	0.28	0.28	0.01	0.03	0.13
0.16	0.14	0.35	0.41	0.32	0.12	0.07	0.16
0.33	0.31	0.30	0.32	0.27	0.14	0.03	0.33
0.27	0.36	0.07	0.05	0.15	-0.04	0.25	0.27
0.52	0.56	0.32	0.32	0.37	0.11	0.13	0.41
0.29	0.38	0.17	0.31	0.21	0.24	0.11	0.25
0.33	0.38	0.13	0.22	0.23	0.05	0.09	0.21
0.34	0.35	0.42	0.42	0.34	0.18	0.05	0.37
0.34	0.33	0.28	0.29	0.26	0.12	0.07	0.38
0.33	0.35	0.23	0.43	0.38	0.26	0.14	0.22
0.31	0.36	0.20	0.35	0.32	0.32	0.20	0.35
0.28	0.20	0.18	0.32	0.35	0.27	0.27	0.31
0.38	0.32	0.28	0.41	0.32	0.19	0.10	0.19
0.52	0.44	0.23	0.37	0.40	0.28	0.29	0.13
0.32	0.30	0.21	0.29	0.26	0.17	0.11	0.18
0.44	0.35	0.17	0.27	0.25	0.12	0.04	0.16
0.50	0.51	0.25	0.37	0.39	0.10	0.13	0.03
0.46	0.48	0.36	0.42	0.44	0.23	0.39	0.07
0.42	0.43	0.42	0.55	0.50	0.42	0.31	0.15
0.37	0.33	0.45	0.48	0.41	0.18	0.10	0.17
0.24	0.34	0.30	0.38	0.32	0.18	0.31	0.31
0.34	0.47	0.33	0.40	0.37	0.33	0.34	0.33
0.47	0.43	0.37	0.45	0.39	0.13	0.10	0.11
0.27	0.38	0.10	0.16	0.08	0.09	0.30	-0.06
0.27	0.36	0.10	0.24	0.16	0.16	0.21	-0.01
0.45	0.43	0.18	0.19	0.17	0.10	0.11	0.20
0.22	0.24	0.32	0.35	0.20	0.20	0.07	0.14
0.29	0.34	0.31	0.38	0.25	0.17	0.24	0.15
0.13	0.21	0.38	0.34	0.17	0.07	0.07	0.24
0.47	0.52	0.40	0.49	0.49	0.40	0.35	0.28
0.49	0.48	0.36	0.58	0.48	0.54	0.28	0.19
1.00	0.79	0.38	0.50	0.60	0.30	0.45	0.26
0.79	1.00	0.39	0.48	0.50	0.34	0.47	0.37
0.38	0.39	1.00	0.77	0.63	0.47	0.38	0.30
0.50	0.48	0.77	1.00	0.73	0.60	0.39	0.30
0.60	0.50	0.63	0.73	1.00	0.46	0.61	0.24
0.30	0.34	0.47	0.60	0.46	1.00	0.39	0.33
0.45	0.47	0.38	0.39	0.61	0.39	1.00	0.22
0.26	0.37	0.30	0.30	0.24	0.33	0.22	1.00
0.37	0.40	0.46	0.55	0.43	0.52	0.36	0.39
0.40	0.43	0.44	0.51	0.44	0.44	0.28	0.44
0.39	0.48	0.37	0.54	0.39	0.43	0.33	0.42
0.32	0.41	0.47	0.42	0.38	0.27	0.18	0.35
0.36	0.39	0.49	0.49	0.46	0.47	0.33	0.25
0.37	0.30	0.25	0.23	0.27	0.12	0.07	0.33
0.40	0.44	0.52	0.54	0.43	0.43	0.29	0.37

AÇÃO_10B	AÇÃO_10C	AÇÃO_10D	AÇÃO_10E	AÇÃO_10F	AÇÃO_10G	AÇÃO_10H
0.13	-0.03	-0.03	0.10	0.13	0.10	0.20
0.22	0.03	0.03	0.20	0.20	0.19	0.33
0.29	0.24	0.24	0.33	0.37	0.20	0.38
0.25	0.19	0.23	0.28	0.21	0.07	0.23
0.10	0.02	0.03	0.14	0.16	0.23	0.33
0.18	0.15	0.15	0.26	0.19	0.15	0.23
0.27	0.05	0.16	0.18	0.17	0.25	0.41
0.24	0.08	0.14	0.12	0.16	0.25	0.33
0.13	0.17	0.14	0.17	0.15	0.29	0.20
0.26	0.36	0.27	0.29	0.47	0.32	0.41
0.20	0.28	0.26	0.27	0.35	0.30	0.29
0.14	0.19	0.06	0.14	0.18	0.10	0.19
0.20	0.29	0.19	0.19	0.29	0.25	0.36
0.41	0.31	0.32	0.47	0.41	0.45	0.35
0.19	0.19	0.22	0.28	0.11	0.15	0.20
0.41	0.30	0.33	0.38	0.32	0.39	0.44
0.42	0.32	0.43	0.45	0.32	0.30	0.38
0.30	0.31	0.29	0.48	0.34	0.42	0.37
0.40	0.24	0.26	0.39	0.36	0.49	0.52
0.33	0.14	0.24	0.26	0.26	0.47	0.53
0.30	0.19	0.28	0.19	0.36	0.35	0.41
0.37	0.26	0.32	0.18	0.35	0.37	0.42
0.36	0.17	0.29	0.16	0.23	0.36	0.35
0.29	0.27	0.37	0.29	0.36	0.38	0.38
0.45	0.23	0.36	0.20	0.41	0.39	0.50
0.25	0.28	0.32	0.26	0.39	0.34	0.38
0.22	0.19	0.28	0.25	0.36	0.47	0.40
0.13	0.22	0.21	0.36	0.34	0.37	0.26
0.37	0.15	0.20	0.19	0.35	0.20	0.35
0.48	0.32	0.40	0.29	0.51	0.31	0.61
0.28	0.29	0.25	0.27	0.45	0.37	0.43
0.32	0.15	0.19	0.13	0.20	0.18	0.37
0.52	0.38	0.40	0.37	0.44	0.20	0.57
0.29	0.40	0.46	0.45	0.32	0.34	0.42
0.16	-0.05	0.11	0.12	0.12	0.11	0.22
0.26	0.16	0.27	0.33	0.23	0.20	0.29
0.27	0.23	0.31	0.31	0.30	0.36	0.36
0.23	0.23	0.19	0.27	0.23	0.26	0.39
0.22	0.15	0.19	0.09	0.26	0.17	0.40
0.29	0.24	0.21	0.27	0.20	0.24	0.30
0.20	0.30	0.22	0.22	0.20	0.10	0.18
0.34	0.29	0.37	0.23	0.27	0.15	0.34
0.37	0.40	0.39	0.32	0.36	0.37	0.40
0.40	0.43	0.48	0.41	0.39	0.30	0.44
0.46	0.44	0.37	0.47	0.49	0.25	0.52
0.55	0.51	0.54	0.42	0.49	0.23	0.54
0.43	0.44	0.39	0.38	0.46	0.27	0.43
0.52	0.44	0.43	0.27	0.47	0.12	0.43
0.36	0.28	0.33	0.18	0.33	0.07	0.29
0.39	0.44	0.42	0.35	0.25	0.33	0.37
1.00	0.62	0.73	0.52	0.64	0.23	0.66
0.62	1.00	0.74	0.64	0.63	0.26	0.51
0.73	0.74	1.00	0.62	0.60	0.34	0.54
0.52	0.64	0.62	1.00	0.67	0.47	0.50
0.64	0.63	0.60	0.67	1.00	0.44	0.67
0.23	0.26	0.34	0.47	0.44	1.00	0.48
0.66	0.51	0.54	0.50	0.67	0.48	1.00

## Apêndice V

Tabela Completa de Correlação Múltipla

	r
AÇÃO_10H	0.705431
FUBS_9B	0.687184
AFA_5A	0.644926
AFSA_6C	0.644162
AFS_4F	0.636304
UBS_8D	0.633289
AFA_5D	0.621244
AFA_5B	0.619605
AFA_5E	0.619173
AFSA_6D	0.618562
AFS_4C	0.618083
UBS_8C	0.613501
S_1C	0.611225
FUBS_9C	0.607573
AFS_4A	0.603534
AFSA_6F	0.603477
AÇÃO_10B	0.595175
AÇÃO_10F	0.594782
AFSA_6G	0.576040
AFSA_6B	0.572228
AFA_5C	0.571266
AFA_5G	0.566414
FUBS_9A	0.560796
AFS_4E	0.560665
AFS_4D	0.551961
AF_3B	0.547912
AÇÃO_10D	0.541589
AFA_5F	0.539889
AFSA_6A	0.535480
S_1B	0.532070
AÇÃO_10E	0.531265
AFS_4G	0.530949
A_2A	0.530847
UBS_8B	0.524174
A_2C	0.519328
A_2B	0.511796
AFSA_6E	0.505197
AÇÃO_10G	0.499875
AF_3C	0.498104
AFSA_7D	0.493858
AÇÃO_10C	0.488835

UBS_8A	0.481152
AF_3E	0.478069
AF_3A	0.471214
S_1D	0.456784
A_2D	0.450405
AFSA_7F	0.429323
AFSA_7C	0.423771
AFSA_7E	0.420269
S_1A	0.402420
FUBS_9D	0.398147
AÇÃO_10A	0.397977
AFSA_7B	0.392075
AF_3D	0.369972
FUBS_9E	0.364021
AFS_4B	0.336276
AFSA_7A	0.283298