XVII CONBRACE
IV CONICE 2011
11 A 16 SET | PORTO ALEGRE
CIÊNCIA & COMPROMISSO SOCIAL
IMPLICAÇÕES NA/DA EDUCAÇÃO FÍSICA E CIÊNCIAS DO ESPORTE

INIQUIDADES EM SAÚDE E PRÁTICAS CORPORAIS/ ATIVIDADES FÍSICAS: REFLEXÕES PRELIMINARES

Vitor Jorge dos Santos Júnior
Marcos Bagrichevsky

RESUMO

Busca-se explorar a relação indicada no título do trabalho, a partir da discussão de pressupostos e problematizações constitutivos de uma pesquisa em andamento sobre o tema. Para tanto, a reflexão foi organizada em quatro momentos: (i) apresentação introdutória que justifica e situa o recorte temático do trabalho; (ii) breve comentário acerca do norte conceitual que subsidia a investigação; (iii) descrição das questões-problematizadoras centrais do estudo; (iv) estabelecimento de sínteses críticas provisórias, as quais admitem a possibilidade de existirem certas contradições no panorama contemporâneo que sobrepõe políticas de atenção básica à saúde e a tentativa de inserção de algumas práticas corporais/de atividades físicas nesse universo, particularmente no Espírito Santo.

Palavras-chave: *Iniquidades em saúde; Desigualdades sociais; Práticas corporais; Atividade física.*

ABSTRACT

This article seeks to explore the relationship indicated in the title of the text, starting from a discussion of assumptions and problematizations that constitute ongoing research about this theme. For this purpose, the reflection was organized in four points: (i) an introductory presentation that justifies and explains our project's theme; (ii) brief commentary on the conceptual north that guides the research; (iii) description of the central problems of the study; (iv) establishment of critical sintheses that, provisionally, admit the possibility of certain contradictions in the contemporary panorama existing that overlays policies basic health care and the attempt to insert some corporal practices/physical activities in this universe, particularly in the state of Espírito Santo.

Keywords: *Inequities in health, Social inequalities, Corporal practices, Physical activity.*

RESUMEN

Se busca explorar la relación indicada en el título del trabajo, a partir de la discusión de los presupuestos y de los problemas constitutivos de una investigación en marcha sobre el tema. Por lo tanto, la reflexión fue organizada en cuatro momentos: (i) presentación introductoria que justifica y sitúa el recorte temático del trabajo; (ii) breve comentario acerca del norte conceptual que subsidia la investigación; (iii) descripción de las cuestiones-problemáticas centrales del estudio; (iv) establecimiento de las síntesis críticas provisionales, las cuales admiten la posibilidad de existir ciertas contradicciones

XVII CONBRACE
IV CONICE 2011
11 A 16 SET | PORTO ALEGRE
CIÊNCIA & COMPROMISSO SOCIAL
IMPLICAÇÕES NA/DA EDUCAÇÃO FÍSICA E CIÊNCIAS DO ESPORTE

en el panorama contemporáneo que sobreponen las políticas de atención básica a la salud y la tentativa de inserción de algunas prácticas corporales/de actividades físicas en ese universo, particularmente en Espírito Santo.

Palabras clave: *Iniquidades en salud; Desigualdades sociales; Prácticas corporales; Actividad física.*

1. INTRODUÇÃO

A Declaração de Alma-Ata (documento oficial publicado a partir da I Conferência Internacional sobre os Cuidados Primários à Saúde realizada em 1978, no Kazaquistão), demarcou um importante movimento político – hoje, largamente difundido até em países do chamado terceiro mundo – que buscou defender e legitimar a premissa de que *não há como recuperar, proteger e promover a saúde dos povos sem combater a pobreza e a "chocante e inaceitável desigualdade" secular existente entre os países desenvolvidos e os em desenvolvimento*, além de enfatizar também que para serem enfrentadas com alguma perspectiva de resolutividade, as questões do setor saúde passam primeiro pelo ataque do Estado aos problemas econômicos, políticos, socioculturais, educacionais, sabidamente geradores desses abismos de desigualdade (Disponível em: http://www.mp.ro.gov.br/c/document_library/get_file?p_l_id=42536&folderId=42469&name=DLFE-32330.pdf).

Desde então, apesar do rastro deixado por esse discurso impactante, o panorama que vem se configurando é pouco alentador: recuo das políticas de bem-estar social (*wellfare state*) mesmo em países do primeiro mundo e um crescente avanço neoliberal da globalização econômica, produtor de efeitos devastadores no processo de saúde-adoecimento das populações, sobretudo naquelas nações historicamente marginalizadas (MERHY, 1986; NOGUEIRA, 2010).

Por outro lado, ainda que estejamos mergulhados nesse panorama paradoxal de desigualdades estruturantes, não se pode deixar de reconhecer alguns esforços políticos institucionais envidados no Brasil ao longo das últimas décadas, decorrentes de lutas sociais empreendidas por representantes de camadas populares e por sanitaristas e intelectuais do campo (CAMPOS et al., 2009).

Convém destacar nessa trajetória, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) – público e de acesso universal – em 1990 e do Programa de Saúde da Família (PSF) em 1994 (hoje, renomeado como Estratégia de Saúde da Família-ESF), bem como da Política Nacional de Humanização das Práticas de Saúde em 2004, da Política Nacional de Atenção Básica à Saúde e da Política Nacional de Promoção da Saúde em 2006, legados de um movimento fortemente semeado na década de 80 do século passado (vale a pena citar também a VIII Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1986; e a própria publicação do capítulo da saúde na Constituição Federal de 1988, proclamada [a saúde] como direito de todo cidadão e dever do Estado).

Contudo, mais do que mencionar aqui programas e iniciativas específicas no/do setor, queremos destacar a dimensão ideológica subjacente, uma pretensão de mudança do paradigma sanitário como

objetivo central relevante, com claros desdobramentos no *modo de conceber saúde como um valor coletivo e processual* e *na maneira de produzir o cuidado em saúde.*

Tanto na esfera macro-estrutural (formulação de políticas, investimentos econômicos e sociais correlatos à estrutura da saúde) quanto no micro-cotidiano dos serviços públicos (CAMPOS, 1999) e da própria formação dos profissionais da saúde, entre os quais a educação física já faz parte em documentos oficiais (BRASIL, 2007), o fio condutor dessa perspectiva tem sido o redirecionamento do modelo de atenção à saúde no país, que inclui critérios para priorização de ações voltadas aos grupos sociais mais vulneráveis. Tal mudança paradigmática legitimou, entre outras coisas, o *significado de promover a saúde da população como um conjunto de múltiplas ações concomitantes* (e não isoladamente!) *instituídas aprioristicamente para combater desigualdades sociais e promover equidade*.

Esse panorama introdutório nos permite estabelecer duas ponderações: (*i*) a primeira questão a comentar (que não aprofundaremos ao longo do texto, em função dos objetivos do trabalho) é que a educação física como campo formativo universitário inclui tal debate de forma incipiente nos seus quadros curriculares, o que acaba redundando na falta de oferta de uma preparação minimamente necessária para atuação nos serviços públicos segundo a lógica orientadora desse modelo de atenção à saúde (BAGRICHEVSKY e ESTEVÃO, 2008); (*ii*) a segunda questão, que guarda certa relação com a primeira, remete ao entendimento das práticas corporais/ de atividade física como possibilidades (tutoriadas pela educação física) enviesadas no universo das políticas de atenção básica, já que sua implementação vêm ocorrendo de forma medicalizadora, fragmentada (FERNANDES e SIQUEIRA, 2010) e, à margem do debate sobre a priorização do contexto das desigualdades sociais na oferta de serviços de saúde (BARATA, 2009; NOGUEIRA, 2010).

A partir dessa preocupação última foi estruturada a presente reflexão, que constitui parte dos argumentos de uma pesquisa em curso. Tomamos como ponto de partida o exame de duas iniciativas públicas institucionais existentes no Espírito Santo (ES) vinculadas à promoção de práticas corporais/ de atividades físicas (BRASIL, 2010; PREFEITURA DE VITÓRIA. Disponível em: http://www.vitoria.es.gov.br/semus.php?pagina=comoeoservico), com o objetivo de situá-las à luz do debate teórico sobre desigualdades sociais e iniquidades em saúde e, do próprio paradigma sanitário brasileiro que vem (re)organizando as diretrizes das políticas de saúde nessa mesma direção. Ao final, apontamos algumas sínteses críticas provisórias, subsidiadas pela relação entre o mapeamento preliminar das condições de vida nos bairros da cidade de Vitória – expressadas pelo Índice de Qualidade Urbana-IQU e pelo Índice de Violência-IV – e a implementação desses programas na capital capixaba.

2. DESIGUALDADES SOCIAIS E INIQUIDADES EM SAÚDE: PONTO DE PARTIDA CONCEITUAL

Segundo Minayo e Souza (2008), toda vez que queremos conhecer de fato as *condições de saúde de uma população*, precisamos investigar aspectos econômicos, sociais e ambientais no interior dos quais a vida coletiva transcorre. Para as autoras, mais do que uma terminologia, *condições de saúde* representa uma noção estruturante do campo da saúde coletiva, usada para definir os elementos indispensáveis que permitem um grupo de pessoas, ser ou não saudável, viver ou não adequadamente.

De acordo com Próspero et al. (2005), ainda são poucos os estudos que apresentam discussões acerca dos agravos à saúde humana e a sua interdependência com a globalização neoliberal. Sabidamente, tal processo nos impõe cada vez mais riscos desnecessários (com os quais temos passado a conviver diariamente) em função da negação de oportunidades e condições básicas para o desenvolvimento humano e uma existência digna. Afirmam também que, raramente, nos deparamos com reflexões mais críticas a respeito dos desníveis sociais, terreno fértil para aumento da pobreza e das violências estruturais da vida cotidiana.

Ao tratarmos de desigualdades sociais, o escopo de análise precisa estar direcionado às situações que implicam algum grau de injustiça, porque colocam alguns grupos em desvantagem em relação à oportunidade de serem e de se manterem sadios. Tais questões estão relacionadas à organização social e tendem a refletir o grau de iniquidade existente em cada sociedade (BARATA, 2009).

Ainda segundo Rita Barata, a universalidade dos serviços de saúde (uma das diretrizes do SUS) é apenas uma precondição, para se tentar reduzir as desigualdades sociais mediante o atendimento das necessidades de saúde de todos os grupos da população.

Equidade na oferta de serviços de saúde, significa que todas as pessoas devem ter acesso e utilizar os serviços indispensáveis para resolver suas demandas de saúde e, aqueles que apresentam maior vulnerabilidade em virtude da sua posição social, precisam receber tratamento diferenciado, para que a desvantagem inicial possa ser reduzida ou anulada, considerando o estrato socioeconômico do grupo em questão (BARATA, 2009).

Sarah Escorel (2001) relata que, tradicionalmente, a *equidade em saúde* tem sido abordada a partir de duas dimensões essenciais:

- Em relação às condições de saúde – analisa a distribuição dos riscos de adoecer e morrer, observando a proporção desigual dos vários perfis de doença pelas camadas populacionais, as variações biológicas existentes (sexo, idade) e as que não decorrem de variações naturais ou de escolhas pessoais relacionadas a estilos de vida mais ou menos saudáveis e, que produzem maior influência para existirem diferenças de condições de saúde (socialmente determinadas).

- Em relação ao acesso e uso dos serviços de saúde – analisa as possibilidades de utilização desses, considerando seus diferentes graus de complexidade existentes, por pessoas com necessidades de saúde semelhantes (equidade horizontal) e, por pessoas com necessidades distintas e tratamento desigual (equidade vertical).

Vermelho et al. (2009) comentam que a análise das condições de vida das populações humanas aparece como assunto de interesse de várias instituições faz algum tempo. No início da década de 1950, por exemplo, a Organização Mundial de Saúde sugeriu uma abordagem plurarista para mensurá-las. Deveriam ser medidas que expressassem a natalidade, a mortalidade, a morbidade, o estado nutricional, o nível educacional, a capacidade de consumo, as condições de trabalho, habitação, transporte, vestuário, recreação, segurança e liberdade pessoal; e que do ponto de vista conjunto, permitissem avaliar as condições de vida de uma coletividade.

XVII CONBRACE
IV CONICE 2011
11 A 16 SET | PORTO ALEGRE
CIÊNCIA & COMPROMISSO SOCIAL
IMPLICAÇÕES NA/DA EDUCAÇÃO FÍSICA E CIÊNCIAS DO ESPORTE

Dentre essas medidas, os autores destacam aquelas denominadas *indicadores de saúde*, que em tese representariam epidemiologicamente o nível de saúde-doença de uma população. Tais indicadores servem não apenas para avaliar o nível de vida, mas também para identificar os principais problemas coletivos de saúde, para elaborar políticas e ações de prevenção e assistência, bem como avaliar sua efetividade.

2.1 Medindo o contexto das iniquidades em saúde

Embora frequentemente sejam utilizados como sinônimos, indicador e índice referem-se a tipos distintos de medidas no campo sanitário. O primeiro mede apenas um aspecto relativo ao que se deseja examinar e o segundo, por sua vez, sintetiza em uma única expressão numérica diferentes dimensões do atributo de interesse (VERMELHO et al., 2009).

Bastante aplicado e conhecido em análises socioeconômicas é o Índice de Desenvolvimento humano (IDH), que enfoca três dimensões utilizando como critérios, *indicadores de educação* (alfabetização e taxa de matrícula), *longevidade* (esperança de vida ao nascer) e *renda* (Produto Interno Bruto [PIB] per capita). A expressão numérica desse índice varia de 0 (nenhum desenvolvimento humano) a 1 (pleno desenvolvimento humano) (SILVA et al., 2006). O IDH é empregado mundialmente na comparação entre países, mas também serve para análises comparativas entre unidades federativas de uma mesma nação, assim como entre as cidades de um estado.

Algumas capitais brasileiras fazem uso do IDH_{Bairro}, para mensurar desigualdades entre os bairros que compõe seu território, tal como Rio de Janeiro, Recife, Salvador, São Paulo, Porto Alegre. Apesar de certos municípios desenvolverem medidores próprios para que sejam úteis na avaliação do nível de saúde de seus habitantes, quase sempre predominam em tais instrumentos determinados aspectos similares (renda, nível de escolaridade e ambiente) que, conforme já mencionamos, demonstram ser relevantes para uma análise mais abrangente e contextualizada das condições de vida.

Uma pesquisa sobre riscos potenciais à saúde, que teve como foco a análise de exclusão social das famílias da cidade de Itajaí (SC), indicou que as variáveis potencialmente reveladoras dos indicadores de saúde no município catarinense foram: números de cômodos por residência, existência ou não de linha telefônica, existência ou não de ruas pavimentadas, abastecimento de água nas moradias, iluminação pública, existência ou não de máquina de lavar roupas e de canalização de água, nível de escolaridade dos membros das famílias e renda familiar (PRÓSPERO et al., 2005).

O município de Vitória (ES) se ressente da ausência do IDH_{Bairro} em seu território. Para superar tal lacuna, vem utilizando similarmente o **Índice de Qualidade Urbana por bairros (IQU)**, que engloba aspectos relacionados à renda, escolaridade, ambiente e habitação (características semelhantes aos demais medidores já reconhecidos, como o IDH, por exemplo). O IQU por bairros, já vem sendo empregado pela Prefeitura de Vitória para auxiliar na definição e na execução das suas políticas públicas.

O Índice de Qualidade Urbana por bairros (IQU) (Disponível em: http://legado.vitoria.es.gov.br/regionais/indicadores/iqu/iqu.asp) foi desenvolvido pelo Instituto de

Estudos, Formação e Assessoria em Políticas Sociais – PÓLIS[1]. Ele é formado pelos dados provenientes dos levantamentos censitários do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e caracteriza-se por ser um indicador quantitativo, descritivo, resultado da composição de outros indicadores simples. Divide-se em quatro dimensões e é formado por onze indicadores, a saber:

- Dimensão educacional que aponta para o nível de escolaridade e inclui:

Percentagem (%) de analfabetos maiores de 15 anos, percentagem (%) dos responsáveis pelo domicílio com menos de 4 anos de estudo e percentagem (%) dos responsáveis pelo domicílio com 15 anos ou mais de estudo.

- Dimensão Renda que indica concentração e desigualdade de rendimentos:

Rendimento médio dos responsáveis pelo domicílio em salários mínimos, percentagem (%) dos responsáveis pelo domicílio com renda até 2 salários mínimos e percentagem (%) dos responsáveis pelo domicílio com rendimento superior a 10 salários mínimos.

- Dimensão Ambiental que reflete a infra-estrutura de serviços urbanos:

Percentagem (%) dos domicílios com serviço de abastecimento de água adequado – ligados à rede geral, percentagem (%) dos domicílios com serviço de esgoto adequado - ligados à rede geral ou pluvial e percentagem (%) dos domicílios com serviço de lixo adequado - coletado por serviço público de limpeza ou colocado em caçamba de serviço de limpeza.

- Dimensão Habitacional que mensura o nível de conforto dos indivíduos:

Número médio de pessoas por domicílio e número médio de banheiros por domicílio.

Um outro aspecto que vem assumindo importância na avaliação das condições de vida e saúde populacional é a questão da segurança pública. Proietti et al. (2008) apontam também como fator crucial, a percepção que as pessoas têm acerca da liberdade de ir e vir em seu local de moradia e/ou trabalho. Tais autores entendem que a ocorrência de eventos dessa natureza associados à saúde resulta da complexa relação entre atributos individuais, atributos do grupo social do qual os sujeitos fazem parte e, o entorno físico/territorial da unidade de contexto.

Ao considerarmos essa questão e dependendo dos indicadores da violência urbana registrados, cada bairro e sua vizinhança podem ser entendidos como um coletivo amistoso, compondo uma rede local de suporte ou como representação de medo e insegurança pessoal. Em outras palavras, a área de moradia/trabalho pode ser percebida como espaço de freqüência desejável e salutar ou como território a ser evitado (PROIETTI et al., 2008).

[1] Trata-se de uma organização não governamental, constituída como sociedade civil, sem fins lucrativos, fundada em 1987 e sediada na cidade de São Paulo.

A abordagem da questão sobre segurança/insegurança pública no território/ambiente no qual os sujeitos vivem e/ou trabalham e a percepção da relevância desse aspecto como elemento constitutivo do leque de variáveis que interferem no processo saúde-doença de distintos grupos sociais, é necessária para explicar a escolha do **Índice de Violência – IV** (PREFEITURA DE VITÓRIA, 2010) como outro parâmetro de nossa análise. Acontecimentos desse tipo, geralmente provocam nas pessoas pertencentes ao entorno loco-regional problemático, reações que podem servir, por exemplo, para justificar/produzir resistência ou menor interesse delas em participar de práticas de atividades corporais/ físicas em espaços públicos, na medida em que se sentem ameaçadas em frequentá-los.

A argumentação desenvolvida até aqui, sobre a pertinência desse conjunto de aspectos, conceitos e variáveis abordados de forma resumida, levando-se em conta a vasta literatura existente sobre o tema, é o ponto de partida que nos possibilitará examinar criticamente, na próxima seção, alguns programas institucionalizados de práticas corporais/ de atividades físicas.

3. PRÁTICAS CORPORAIS/ ATIVIDADE FÍSICA NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DO ESPÍRITO SANTO: DOIS EXEMPLOS

3.1 Instrução Normativa nº 36 da Polícia Federal

Em 2010 foi publicada no Diário Oficial da União a diretriz da Polícia Federal que institucionalizou um horário disponível para a prática de atividades físicas dos seus servidores. Trata-se de um fato inédito no serviço público brasileiro de natureza civil, que atingiu cerca de 15 mil pessoas. Através de uma lei federal específica, *a prática de atividade física passou a ser considerada um ato de serviço* (BRASIL, 2010).

Como justificativa para a implantação da Instrução Normativa nº 36 foi mencionada oficialmente, dentre outros motivos, *a necessidade de se manter um bom estado de saúde dos servidores, visando melhor prestação do serviço público*. Sua operacionalização propõe a redução de 1 hora das tarefas cotidianas de trabalho, a fim de que o servidor utilize esse período para a prática de atividades físicas orientadas. Todavia, a mesma *é computada como jornada de trabalho* e, portanto, tem cunho obrigatório (diário).

Desde a vigência da referida norma, levando em conta que a maioria das unidades da Polícia Federal do território brasileiro ainda não possue instalações físicas apropriadas para essa prática (nem convênios para minimizar o problema) tem sido facultado ao servidor escolher o local que melhor lhe convém para realizá-la. Como não há indícios de que tal estrutura física se viabilizará em curto ou médio prazo, paira uma dúvida sobre a real motivação que fez nascer a *Instrução Normativa nº 36*: haveria, de fato, preocupação com a saúde dos policiais federais ou se trataria de uma medida administrativa originada *a priori* pelos efeitos da avassaladora influência que os discursos acerca do *healthism*, da corpolatria e dos estilos de vida saudáveis (NOGUEIRA, 2001; CASTIEL e ALVAREZ-DARDET, 2007; JALLINOJA et al., 2010) alcançam hoje na sociedade?

Alguns servidores da Polícia Federal do Espírito Santo relataram em caráter não-oficial que não se sentem motivados a cumprir a referida atividade institucional[2], uns por considerarem a obrigatoriedade uma regressão democrática e outros por não disporem de meios e/ou recursos financeiros para realizá-la fora do trabalho[3]**.** Servidores com melhor poder aquisitivo disseram, também informalmente, cumprir suas atividades físicas em academias, clubes etc, ao passo que outros, com menor salário, admitiram realizá-las apenas ao ar livre, em espaços públicos (mesmo que esses não fossem específicos para tal finalidade). No caso daqueles que moram em bairros privilegiados da cidade de Vitória[4], com ótima infra-estrutura urbana e dotados de parques, várias praças e calçadão na orla marítima (como é o caso de Jardim Camburi ou Mata da Praia, por exemplo) há nítida vantagem em relação aos servidores que residem em localidades desprovidas de tais recursos e facilidades.

À primeira vista, a implantação da *Instrução Normativa nº 36* pode sugerir estar a Policia Federal um passo à frente das demais instituições públicas de segurança do país no que tange à política institucional voltada aos cuidados de seus servidores. Todavia, a norma em questão possui caráter ambivalente, pois ao mesmo tempo em que emerge escudada numa retórica sobre a melhoria de saúde dos policiais, impõe-se aos mesmos como dever, obrigação.

Silva et al. (2006) revelam que muitas empresas sob a ótica do capitalismo, vêm implantando em variados setores, propostas, em tese, ligadas à *saúde do trabalhador*. Também aparecem aí incluídos programas de atividades físico-recreativas. A princípio, um leque de medidas que aparenta ser benéfica aos trabalhadores, mas que no fundo tem como objetivo principal, tornar os sujeitos mais produtivos.

A prática de atividades físicas como norma legal na policia federal, nos remete ainda a outro questionamento referente à igualdade de tratamento por parte da administração pública, responsável pelas instituições de segurança no Brasil: se está reconhecida a importância dessa para a saúde dos policiais federais, porque não foram implantados, concomitantemente, programas similares nas polícias estaduais de todo país, as quais desenvolvem atividades profissionais congêneres e se encontram em situação de maior exposição diária aos riscos da profissão, por terem menor suporte técnico para ir à campo e receberem menor remuneração do que os servidores federais?

Em um estudo sobre os policiais civis do Rio de janeiro, Minayo e Souza (2003, p. 232) apontam que "[...] A prática de atividade física regular é realizada por apenas 35,9% do total deles – dado preocupante, pois mostra que a maioria dos policiais não se prepara fisicamente [...]".

Situação semelhante é também registrada na Polícia Militar do Estado do Rio de Janeiro: dois em cada três policiais que atuam dentro e fora dos batalhões da PMRJ, estão acima do peso corpóreo adequado e, potencialmente mais propensos a desenvolver hipertensão arterial e outros problemas cardiovasculares (MINAYO et al., 2008).

[2] A constatação refere-se às ponderações feitas por alguns servidores da Superintendência Regional da Polícia Federal no Espírito Santo que puderam ser observadas em razão de um dos autores exercer a função de Supervisor da Atividade Física Institucional no âmbito dessa Superintendência.
[3] A prática em questão tem caráter obrigatório aos policiais e facultativo aos demais servidores da polícia federal que ocupam cargos administrativos.
[4] Conferir na TABELA 1 o ranking dos dez melhores e dos dez piores bairros de Vitória, segundo a classificação do IQU publicado em 2000.

Disponível em: http://www.rbceonline.org.br/congressos/index.php/XVII_CONBRACE/2011/index
ISSN 2175-5930

Por último, cabe comentar que apesar do foco de observação ter recaído sobre a Superintendência da Polícia Federal no Espírito Santo, a legislação que rege a prática da atividade física na Instituição se estende a todo território nacional. Nesse sentido, possivelmente existirão diferenças de percepção quanto às questões por nós levantadas, em outras unidades da Polícia Federal.

3.2 Serviço de Orientação ao Exercício (SOE)

Trata-se de um serviço público vinculado à Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS) da Prefeitura de Vitória (ES) que oferta à população de 14 bairros da capital capixaba (são 79 bairros ao todo), algumas modalidades de práticas corporais/ de atividades físicas orientadas por profissionais e/ou estagiários de educação física, em espaços físicos construídos para esse fim – módulos instalados em parques, praças e outras localidades públicos (Disponível em: http://www.vitoria.es.gov.br/semus.php?pagina=comoeoservico).

De acordo com informações não-oficiais, o SOE teve sua primeira unidade (também chamada de *Módulo*) inaugurada no Jardim Camburi (IQU=0,79) antes de 1990. Atualmente existem 14 *Módulos do SOE* (unidades permanentes) em funcionamento, nos quais são oferecidas aulas gratuitas de alongamento, ioga, hidroginástica, ginástica localizada e voleibol master (para maiores de 40 anos), além de caminhada e dança.

Conforme consta no *site* da prefeitura de Vitória,

> o serviço tem o objetivo de orientar e incentivar a prática regular e correta de exercícios; [...] auxiliar na prevenção e tratamento de doenças crônico-degenerativas não transmissíveis, estando disponível para qualquer pessoa. Qualquer pessoa pode participar, basta comparecer a um dos módulos no horário das atividades. Não há limite mínimo nem máximo de idade (Disponível em: http://www.vitoria.es.gov.br/semus.php?pagina=comoeoservico).

Interessante notar que o SOE, como um serviço de saúde local gratuito, tenha surgido anterior à própria criação do SUS (1990), do PSF/ESF (1994) ou mesmo dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família-NASFs (BRASIL, 2008), fato que lhe confere até um *status* de vanguarda no setor, em termos de iniciativa pública.

Por outro lado, se atentarmos para os critérios definidores da priorização na implantação/expansão dessas ações da política federal (isso é, os níveis decrescentes de vulnerabilidade socioeconômica dos grupos/locais – tomados como pontos de corte para determinar que populações devem ter acesso primeiro aos serviços e em maior oferta – e o mapeamento da vulnerabilidade através de medidores como o IDH ou os Indicadores epidemiológicos de saúde-doença) o SOE não parece sintonizar-se com tais princípios. Isso porque a maioria das regiões possuidoras de Módulos permanentes do SOE está *rankiada* numa posição privilegiada segundo o IQU por bairros (publicado em 2000), considerando os 79 bairros da cidade de Vitória.

Com base nas informações relativas ao Índice de Qualidade Urbana por bairro (IQU) e ao Índice de Violência (IV) presentes na **TABELA 1**, é possível apresentar algumas considerações resumidas sobre

a relação entre as condições de vida no município capixaba e o funcionamento dos 14 módulos permanentes de SOE, seus critérios de implantação/expansão, sua distribuição territorial e as possíveis barreiras que dificultam o atendimento dos pressupostos da (*promoção da*) *equidade no acesso e usufruto do referido serviço.*

Uma análise comparativa dos números da **TABELA 1** nos dá pistas da geografia dessas desigualdades sociais/iniquidades. Conforme o *princípio da equidade* (ESCOREL, 2001; BARATA, 2009), esse serviço público (e outros como educação, saneamento, segurança pública, lazer, etc.) deveria ser oferecido proporcionalmente à necessidade de cada localidade/grupo populacional; ou seja, aqueles bairros em maior situação de vulnerabilidade, desprovidos de espaços físicos adequados para a realização de práticas corporais/ de atividades físicas orientadas, voltadas à saúde da coletividade, precisam receber maior atenção do poder municipal.

Nesse caso, seria vital estabelecer, de forma permanente, maior oportunização às pessoas que residem em regiões mais precarizadas e apresentam, em decorrência disso, os mais elevados quadros de morbimortalidade do município ou que possuem menores chances de fazer uso do espaço publico para exercer seu pleno direito à saúde e à cidadania.

Dentre os dez bairros com melhores valores de IQU, há 3 módulos do SOE instalados (de um total de 13 existentes); ou seja, aproximadamente 30% do território mais bem organizado e com melhores condições para se viver em Vitória possui unidades do serviço (**TABELA 1**). Por sua vez, nenhum dos dez piores bairros capixabas (do 70º ao 79º) classificados a partir do IQU é contemplado com um módulo do SOE, o que confirma uma condição de iniqüidade, se considerarmos o acesso a esse serviço um direito universal à saúde e à cidadania (**TABELA 1**).

Listadas todas as quatorze localidades que possuem atendimento das unidades permanentes do SOE (**ANEXO 1**) observamos que elas se situam entre o 2º e o 67º lugar no ranking do IQU. Quase metade dos módulos permanentes do SOE (seis deles) se situa entre os dezessete melhores bairros, posição bastante privilegiada entre os 79 territórios do município. Em ordem crescente, são eles:

- 2º lugar: Mata da Praia (IQU = 0,83) – Módulo Pedra da Cebola;
- 6º lugar:Jardim da Penha (IQU = 0,79) – Módulo Camburi I;
- 9º lugar: Enseada do Suá (IQU = 0,75) – Módulo Praça dos Desejos;
- 11º lugar: Centro (IQU = 0,74) – Módulo Parque Moscoso;
- 13º lugar: Jardim Camburi (IQU = 0,73) – Módulo Camburi II;
- 17º lugar: Bairro de Lourdes (IQU = 0,69) – Módulo Bairro de Lourdes;
- 44º lugar: Forte São João (IQU = 0,55) – Módulo Beira Mar;
- 46º lugar: Maria Ortiz (IQU = 0,50) – Módulo Goiabeiras;

- 47º lugar: Mario Cypreste (IQU = 0,49) – Módulo Prainha de Santo Antonio;
- 60º lugar: São Pedro (IQU = 0,43) – Módulo São Pedro;
- 60º lugar: São Pedro (IQU = 0,43) – Módulo Academia Popular-São Pedro;
- 65º lugar: Santo André (IQU = 0,42) – Módulo Baía Noroeste;
- 67º lugar: Bairro da Penha (IQU = 0,41) – Módulo Horto de Maruípe;
- 67º lugar: Bairro da Penha (IQU = 0,41) – Módulo Academia Popular-Bairro da Penha.

XVII CONBRACE
IV CONICE 2011
11 A 16 SET | PORTO ALEGRE
CIÊNCIA & COMPROMISSO SOCIAL
IMPLICAÇÕES NA/DA EDUCAÇÃO FÍSICA E CIÊNCIAS DO ESPORTE

TABELA 1 – Descrição do ranking dos bairros de Vitória-ES (os 10 melhores e os 10 piores) segundo valores do Índice de Qualidade Urbana - IQU*, associada ao Índice de Violência - IV e à presença dos Módulos do Serviço de Orientação ao Exercício - SOE*** no município.**

Ranking	Bairro	IQU*	IV**	Módulo SOE	Ranking	Bairro	IQU*	IV**	Módulo SOE
1º	Santa Helena	0,84	0	Não há	**70º**	Jesus de Nazareth	0,37	3	**Não há**
2º	Mata da Praia	0,83	0	**Existe**	**71º**	Resistência	0,37	7	**Não há**
3º	Ilha do Frade	0,81	0	Não há	**72º**	Gurigica	0,36	6	**Não há**
4º	Praia do Canto	0,80	0	Não há	**73º**	Nova Palestina	0,36	8	**Não há**
5º	Ilha Bela	0,80	0	Não há	**74º**	Santos Reis	0,34	0	**Não há**
6º	Jardim da Penha	0,79	1	**Existe**	**75º**	Fonte Grande	0,34	0	**Não há**
7º	Barro Vermelho	0,78	0	Não há	**76º**	Piedade	0,3	1	**Não há**
8º	Santa Lúcia	0,77	2	Não há	**77º**	Ilha das Caieiras	0,29	1	**Não há**
9º	Enseada do Suá	0,75	1	**Existe**	**78º**	Conquista	0,22	2	**Não há**
10º	Bento Ferreira	0,75	1	Não há	**79º**	São Benedito	0,20	0	**Não há**

***Índice de Qualidade Urbana** referente ao ano de 2000, com base nos dados fornecidos pelo Censo de 2000, realizado pelo IBGE (**Fonte:** http://legado.vitoria.es.gov.br/regionais/indicadores/iqu/maior_menor.asp)

****Índice de Violência** corresponde ao número total de homicídios registrados por bairro em Vitória no ano de 2010. Nesta contagem de registros de homicídios estão excluídos outros incidentes letais como: óbito gerado por acidente de trânsito, latrocínio, lesão corporal seguida de morte, confronto com a polícia e suicídio. Para a análise é considerado como sede do homicídio o local de ocorrência do fato violento e não o local do óbito.

*** A listagem conpleta dos bairros que possuem módulos do SOE em funcionamento, encontra-se no ANEXO 1.

O Índice de Violência-IV (homicídios por bairro) bem mais elevado no grupo dos dez bairros com piores valores de IQU (**TABELA 1**) possivelmente serviria para justificar baixos níveis de interesse (ou de envolvimento) populacional relacionados a práticas corporais/ de atividades físicas ao ar livre (caminhada ou corrida, por exemplo) das pessoas ali residentes. Até porque, já se sabe que o panorama de violência das periferias urbanas no Brasil, via de regra, não costuma estar desacompanhado de um quadro local de pobreza, falta de saneamento, desemprego e morbimortalidade preocupante (BARATA, 2009; NOGUEIRA, 2010).

Mesmo considerando serem esses sujeitos capazes de ter acesso às informações sobre os inúmeros benefícios que atividades físicas orientadas podem proporcionar e sobre os potenciais agravos à saúde orgânica decorrentes da falta dessa prática regular, não seria razoável aceitar tal comportamento (de resistência ou desinteresse em se exercitar em ambientes abertos), tendo em vista a convivência diária com outros riscos bem maiores, como a chance de perder a própria vida em ruas e praças, de bairros violentos?

Ao admitir a relevância dessa questão para a saúde coletiva, não deveríamos considerar um imperativo ético-político a necessidade do poder público local destinar prioritariamente, aos territórios com maior IV e menor IQU, ações governamentais intensificando a segurança pública e as condições essenciais para uma vida digna, concomitante à implantação de módulos do SOE, a fim de minimizar as diferenças de oportunidade (iniquidades) existentes? Caso contrário, a perspectiva que se mantém perpetuada é o predomínio de acesso aos bairros elitizados, onde as pessoas provavelmente se sentem mais seguras para usufruírem seu direito de ir e vir, inclusive para se exercitarem fisicamente e cuidarem melhor de sua saúde.

Nessa linha de raciocínio, é plausível admitir que o combate à exclusão social pode passar tanto pela perspectiva de ampliação de acesso dos grupos vulneráveis aos serviços públicos que proporcionam práticas corporais/ de atividades físicas orientadas, quanto pela melhoria das condições de oferta e de acesso a outros serviços essenciais. Justamente aí reside a essência da política pública verdadeiramente voltada à promoção da saúde (e portanto, da equidade), através de ações conjuntas capitaneadas pelo Estado com objetivo de reduzir o histórico abismo socioeconômico com o qual ainda convivem os estratos menos favorecidos do povo brasileiro nesse século XXI.

4. SÍNTESES PROVISÓRIAS

As diferentes práticas corporais orientadas aparecem como aspecto recentemente integrado às políticas (inter)ministeriais no país. Daí decorre a possibilidade de contribuição de professores de educação física nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), criados em 2008 pelo Ministério da Saúde. Os NASFs foram concebidos também como atividades de equipes profissionais de diferentes áreas de conhecimento, para atuarem em conjunto com as Equipes matriciais de Saúde da Família (CAMPOS, 1999), abrangendo nove áreas estratégicas (uma delas o núcleo de praticas corporais/ atividade física) (BRASIL, 2008).

Contudo, mesmo reconhecendo sua importância no contexto da Atenção Básica à Saúde, julgamos ser necessário problematizar determinadas características dessas políticas específicas, implementadas pelo Brasil afora a partir de um discurso amplamente difundido sobre *o acesso das pessoas a tais práticas como um direito à saúde*, apesar de aparentarem estar muito mais vinculadas à face legalista, à obrigação de cuidar da própria saúde e à medicalização do corpo e, menos voltadas à emancipação dos sujeitos, à promoção da equidade e à liberdade pessoal para exercer escolhas, considerando as (precárias) condições sociais, econômicas e culturais do contexto contemporâneo e as aspirações dos sujeitos.

Isto implica questionar a adoção de discursos sobre mudança de comportamentos como eixo central de promoção da saúde, uma vez que tal enfoque despolitiza e desconsidera todo o fecundo debate acumulado no campo da saúde coletiva, além de reduzir perigosamente a complexa problemática das iniqüidades sócio-sanitárias que permeiam o cotidiano contemporâneo. Nesse sentido, é que as práticas corporais voltadas para a saúde da população não podem ser universalizadas como atos prescritivos e justificadas apenas a partir de um rol de benefícios orgânicos. Sua (res)significação deve extrapolar os limites da individualidade, se inserindo no contexto de um debate mais amplo e denso, vinculado, por exemplo, à dimensão cultural que atravessa e demarca a vida das coletividades.

É premente, portanto, discutir e analisar como as práticas corporais vêm sendo utilizadas pelas políticas públicas que as incorporam em programas autointitulados como promoção de saúde e os efeitos iatrogênicos dessa perspectiva no cotidiano das pessoas (NOGUEIRA, 2001; CASTIEL e ALVAREZ-DARDET, 2007; JALLINOJA et al., 2010).

Falar em promoção da saúde exige antes de tudo um refletir sobre sua própria concepção política histórica. Reconhecer a complexidade que envolve o tema impõe não aceitarmos sua ancoragem apenas a partir dos discursos científico-midiáticos sobre riscos epidemiológicos e suas respectivas formas de prevenção, estrategicamente empregadas também pelos discursos oficiais (LUPTON, 1993).

REFERÊNCIAS

BAGRICHEVSKY, M.; ESTEVÃO, A. Perspectivas para formação profissional em educação física: o SUS como horizonte de atuação. ***Arquivos em Movimento***, v. 4, n.1, p. 128-143, 2008.

BARATA, R.B. ***Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde?***. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

BRASIL. Ministério da Justiça. Boletim de Serviço n. 155. ***Instrução Normativa n. 36***. Brasília: Departamento de Polícia Federal, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. ***Pró-saúde: programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde***. Brasília: Ministério da Saúde/ Ministério da Educação, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. ***NASF: Núcleos de Apoio à Saúde da Família***. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

CAMPOS, G.W.S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. ***Ciência & Saúde Coletiva***, v. 4, n. 2, p. 393-403, 1999.

CAMPOS, G.W.S. et al (Org). ***Tratado de saúde coletiva***. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

CASTIEL, L.D, ALVAREZ-DARDET, C. ***A saúde persecutória: os limites da responsabilidade***. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. Disponível em: http://www.mp.ro.gov.br/c/document_library/get_file?p_l_id=42536&folderId=42469&name=DLFE-32330.pdf. Acesso em 11 de março de 2009.

ESCOREL, S. ***Os dilemas da eqüidade em saúde: aspectos conceituais***. 2001. Disponível em: <http://www.opas.org.br/servico/Arquivos/Sala3310.pdf>. Acesso em: 20 de março de 2010.

FERNANDES, W.R.; SIQUEIRA, V.H.F. Educação em saúde da pessoa idosa em discursos e práticas: atividade física como sinônimo de saúde. ***Interface***, v. 14, n. 33, p. 371-85, 2010.

JALLINOJA, P.; PAJARI, P.; ABSETZ, P. Negotiated pleasures in health-seeking lifestyles of participants of a health promoting intervention. ***Health***, v. 14, p. 115-130, 2010.

LUPTON, D. Risk as moral danger: the social and political functions of risk discourse in public health. ***International Journal of Health Services***, v. 23, p. 425-435, 1993.

MERHY, E.E. ***Alma Ata: qual é o jogo?***. 1986. Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/artigos-19.pdf>. Acesso em: 17 de agosto de 2008.

MINAYO, M.C.S.; SOUZA, E.R.; CONSTANTINO, P. ***Missão: prevenir e proteger***. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

MINAYO, M.C.S.; SOUZA, E.R. ***Missão investigar: entre o ideal e a realidade de ser policial***. Rio de Janeiro: Garamond, 2003.

NOGUEIRA, R.P. (Org.). ***Determinação social da saúde e reforma sanitária***. Rio de Janeiro: Cebes, 2010.

NOGUEIRA, R.P. Higiomania: a obsessão com a saúde na sociedade contemporânea. In: VASCONCELOS, E. M. et al (org.). ***A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede educação popular e saúde***. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 63-72.

PREFEITURA DE VITÓRIA. Secretaria Municipal de Gestão Estratégica. ***Índice de Qualidade Urbana***. Disponível em: http://legado.vitoria.es.gov.br/regionais/indicadores/iqu/iqu.asp. Acesso em 12/03/2011.

PREFEITURA DE VITÓRIA. Secretaria Municipal de Segurança Urbana. Gerência de Pesquisa Estratégica e Monitoramento da Violência Urbana. ***Homicídios em Vitória- 2010: Diagnóstico***. 2010.

PREFEITURA DE VITÓRIA. Secretaria Municipal de Saúde. ***Exercício com orientação***. Disponível em: http://www.vitoria.es.gov.br/semus.php?pagina=comoeoservico. Acesso em 12/03/2011.

PROIETTI, F.A.; OLIVEIRA, C.L.; FERREIRA, F.R.; FERREIRA, A.D.; CAIAFFA, W.T. Unidade de contexto e observação social sistemática em saúde: conceitos e métodos. ***Physis: Revista de Saúde Coletiva***, v. 18, n. 3, p. 469-482, 2008.

PRÓSPERO, E.N.S.; MACHADO, H.; STUCKER, H.; ELSEN, I.; ÂNGELO, M.V.; SILVA, Y.F. Riscos potenciais de saúde: análise de exclusão e inclusão social das famílias de Itajaí/SC. ***Texto e Contexto-Enfermagem***, v. 14, n. especial, p. 47-53, 2005.

SILVA, L.A.A.; MERCÊS, N.N.A.; SCHMIDT, S.M.S.; MARCELINO, S.R.; PIRES, D.E.P.; CARRARO, T.E. Um olhar sócio-epidemiológico sobre o viver na sociedade atual e suas implicações para a saúde humana. ***Texto e Contexto-Enfermagem***, v. 15, n. especial, p. 170-177, 2006.

VERMELHO, L.L; COSTA, A.J.L.; KALE, P.L. Indicadores de saúde. In: MEDRONHO, R.A. ***Epidemiologia***. 2. ed. São Paulo/ Rio de Janeiro: Atheneu, 2009. p. 31-79.

ANEXO 1. Lista dos locais, modalidades e horários do Serviço de Orientação ao Exercício (SOE) oferecidos no município de Vitória/ES, acrescida do IQU e do ranking do bairro correspondente

Módulo SOE	Logradouro	Bairro	IQU / Ranking Bairro	Modalidades e horários ofertados
Parque Moscoso	Avenida Cleto Nunes	Centro	0,74 / 11º	Ginástica localizada: 3ª e 5ª - 7h às 19h / Alongamento: 2ª, 4ª e 6ª - 7h30min e 2ª e 4ª - 18h30min
Praça dos Desejos	Avenida Américo Buaiz	Enseada do Suá	0,75 / 9º	Ginástica localizada: 2ª, 4ª e 6ª - 19h10min e 3ª e 5ª - 7h10min / Alongamento: 3ª e 5ª - 19h10min / Hidroginástica: 2ª, 4ª e 6ª - 7h10min
Beira Mar	Avenida Marechal Mascarenhas de Moraes	Forte São João	0,55 / 44º	Ginástica localizada: 2ª, 4ª e 6ª - 7h às 19h10min / Alongamento: 3ª e 5ª - 7h às 19h
Camburi II	Avenida Dante Michelini	Jardim Camburi	0,73 / 13º	Ginástica localizada: 2ª, 4ª e 6ª - 7h às 19h30min / Alongamento: 3ª e 5ª - 7h às 19h10min / Vôlei: 2ª a 5ª - 17h30min às 20h
Camburi I	Avenida Dante Michelini	Jardim da Penha	0,79 / 06º	Ginástica localizada: 2ª, 4ª e 6ª - 19h10min e 3ª e 5ª - 7h / Alongamento: 3ª e 5ª - 6h30min e 19h10min /Hidroginástica: 2ª, 4ª e 6ª - 7h
Bairro de Lourdes	Praça Altemar Dutra	de Lourdes	0,69 / 17º	Ginástica localizada: 2ª, 4ª e 6ª - 7h30min e 3ª e 5ª - 7h às 19h / Alongamento: 2ª e 4ª - 18h30min
Goiabeiras	Avenida	Maria Ortiz	0,50 / 46º	Ginástica localizada: 2ª, 4ª e 6ª - 7h20min e 2ª e 4ª -

	Professor Fernando Duarte Rabelo			18h30min / Alongamento: 3ª e 5ª - 18h30min / Dança de salão: 6ª - 18h30min
Pedra da Cebola	Rua João Baptista Celestino	Mata da Praia	0,83 / 02º	Ginástica localizada: 2ª, 4ª e 6ª - 7h às 19h / Alongamento: 3ª e 5ª - 7h e 19h10min / Yoga: 2ª, 4ª e 6ª - 8h
Horto de Maruípe	Avenida Maruípe	da Penha	0,41 / 67º	Ginástica localizada: 2ª, 4ª e 6ª 19h10min e 4ª e 6ª - 7h10 / Alongamento: 2ª - 7h10min e 3ª e 5ª - 19h
Academia Popular - Bairro da Penha	Avenida Maruípe	da Penha	0,41 / 67º	Ginástica localizada: 2ª, 4ª e 6ª 19h10min e 4ª e 6ª - 7h10 / Alongamento: 2ª - 7h10min e 3ª e 5ª - 19h
Baia Noroeste	Rua da Coragem	Santo André	0,42 / 65º	Ginástica localizada: 2ª, 4ª e 6ª - 7h às 18h /Alongamento: 3ª e 5ª - 7h às 19h
São Pedro	Praça Dom João Batista	São Pedro	0,43 / 60º	Ginástica localizada: 2ª, 4ª e 6ª - 7h e 19h10min / Alongamento: 3ª e 5ª 7h e 19h
Academia Popular - São Pedro	Praça Dom João Batista	São Pedro	0,43 / 60º	Ginástica localizada: 2ª, 4ª e 6ª - 7h e 19h10min / Alongamento: 3ª e 5ª 7h e 19h
Prainha de Santo Antônio	Avenida Dário Lourenço de Souza	Mário Cypreste	0,49 / 47º	Ginástica localizada: 2ª, 4ª e 6ª - 7h10min e 19h10min / Alongamento: 3ª e 5ª - 7h e 19h / Recreação: 3ª e 6ª - 8h10min / Caminhada: 3ª e 6ª - 8h30min

Disponível em*:* http://www.vitoria.es.gov.br/semus.php?pagina=listadosmodulos. **Acesso em** 23/03/2011.

Endereço para Contato:

UFES / CEFD / PPGEF

Av. Fernando Ferrari, 514. Goiabeiras

Vitória. ES. cep 29.075-910

e-mail: marcos_bagrichevsky@yahoo.com.br

Recurso tecnológico para apresentação:

Data-show

XVII CONBRACE
IV CONICE 2011
11 A 16 SET | PORTO ALEGRE
CIÊNCIA & COMPROMISSO SOCIAL
IMPLICAÇÕES NA/DA EDUCAÇÃO FÍSICA E CIÊNCIAS DO ESPORTE

Vitor Jorge dos Santos Júnior
Marcos Bagrichevsky
Programa de Pós-Graduação em Educação Física
SALUS – Núcleo Interdisciplinar de Estudos e Pesquisas sobre Saúde, Cultura e Sociedade
Universidade Federal do Espírito Santo