



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

JOAMARA DE OLIVEIRA PIMENTEL

**SUS PARA TODOS, PARA POBRES OU PARA NINGUÉM? A
VISÃO DE ESTUDANTES DE EDUCAÇÃO FÍSICA DE TRÊS
UNIVERSIDADES PÚBLICAS DO PARANÁ**

Londrina
2020

JOAMARA DE OLIVEIRA PIMENTEL

**SUS PARA TODOS, PARA POBRES OU PARA NINGUÉM? A
VISÃO DE ESTUDANTES DE EDUCAÇÃO FÍSICA DE TRÊS
UNIVERSIDADES PÚBLICAS DO PARANÁ**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial para a obtenção do título de mestre em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Mathias Roberto Loch

Londrina
2020

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UEL

Pimentel, Joamara de Oliveira.

SUS para todos, para pobres ou para ninguém? A visão de estudantes de Educação Física de três universidades públicas do Paraná / Joamara de Oliveira Pimentel. - Londrina, 2020.

78 f. : il.

Orientador: Mathias Roberto Loch.

Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2020.

Inclui bibliografia.

1. Sistema Único de Saúde - Tese. 2. Educação Física e treinamento - Tese. 3. Universalização da saúde - Tese. 4. Integralidade em saúde - Tese. I. Loch, Mathias Roberto . II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. III. Título.

CDU 614

JOAMARA DE OLIVEIRA PIMENTEL

**SUS PARA TODOS, PARA POBRES OU PARA NINGUÉM? A VISÃO
DE ESTUDANTES DE EDUCAÇÃO FÍSICA DE TRÊS
UNIVERSIDADES PÚBLICAS DO PARANÁ**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial para a obtenção do título de mestre em Saúde Coletiva.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Orientador Dr. Mathias Roberto Loch
Universidade Estadual de Londrina - UEL

U

Prof. Dr. Douglas Fernando Dias
Universidade Estadual de Londrina – UEL

Prof. Dr. Pablo Guilherme Caldarelli
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Londrina, 16 de março de 2020.

Aos meus pais e meus avós.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Joaquim e Maria Inez, por terem dedicado parte de suas vidas para que eu seguisse o meu caminho e por seus exemplos de luta pelas coletividades.

Aos meus irmãos, Jones e Joi por todo apoio sempre.

Ao Kiko, companheiro de todos os momentos.

Ao meu orientador, profissional que admiro muito e com quem tanto aprendi nos momentos de orientação na Residência Multiprofissional em Saúde da Mulher, no grupo de estudos sobre Educação Física e Saúde Coletiva, nas orientações durante o mestrado, nas aulas e no estágio docente para estudantes do último ano do curso de Educação Física na disciplina de Aprofundamento em Atividade Física e Saúde Pública. Agradeço imensamente pela paciência, dedicação e comprometimento.

À Amora e ao Sansão, por tornarem os momentos de escrita menos solitários.

A todos os colegas do mestrado, pelas trocas de conhecimento, pela empatia e momentos de descontração.

A todos os professores do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, especialmente à professora Marselle, pela paciência e pelo aprendizado no estágio docente no PIN 2.

Aos professores da banca, pelas importantes contribuições para este trabalho.

A professora Lucélia Justino Borges e ao professor Silvano da Silva Coutinho, pela parceria nesta pesquisa.

Agradeço também algumas pessoas que de alguma forma contribuíram para a construção desta dissertação: Andressa C. Kretschmer, André Ulian Dall Evedove e Joi Domingues de Oliveira.

Ao pessoal da secretaria do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, em especial à Manu.

A todos que lutaram por políticas públicas de saúde e educação no Brasil e aos que ainda lutam.

A CAPES, pela concessão da bolsa durante todo o meu mestrado, me possibilitando maior aproveitamento do curso.

“A leitura do mundo precede a leitura da palavra.”
Paulo Freire.

PIMENTEL, Joamara de Oliveira. **SUS para todos, para pobres ou para ninguém? A visão de estudantes de Educação Física de três universidades públicas do Paraná.** 2020. 78 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2020.

RESUMO

Introdução: O sistema de saúde brasileiro sofreu diversas mudanças desde o início do século XX, conforme se alteravam as condições econômicas, políticas e sociais no Brasil. O sistema Único de Saúde (SUS) tem entre seus princípios a universalidade, a integralidade e a equidade. No SUS atuam diferentes profissionais de saúde e, a partir da criação dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica a Educação Física, entre outras profissões, passou a ter a oportunidade de se inserir nas equipes de saúde pública. Esse é um dos fatores que faz com que a formação em Educação Física precise ter uma aproximação mais estreita com o SUS. **Objetivo:** Verificar a visão de estudantes de Educação Física (EEF) sobre como deveria ser o acesso ao SUS de maneira geral e em ações/serviços específicos. **Métodos:** Estudo de delineamento transversal, descritivo e quantitativo com estudantes ingressantes e concluintes em 2019, nos cursos de bacharelado em Educação Física de três universidades públicas do Paraná. Responderam a um questionário semiestruturado 349 EEF (216 ingressantes e 133 concluintes). As questões principais avaliaram a visão dos EEF sobre o princípio da universalidade, de um modo genérico (a partir de uma pergunta geral sobre como deveria ser o acesso) e para 11 serviços/ações específicas: acompanhamento de pessoas com doenças crônicas, acompanhamento psicológico, acompanhamento de gestantes (pré-natal), atendimento domiciliar para pessoas com dificuldade de locomoção, atendimento odontológico, atendimento de urgência e emergência, fisioterapia, fornecimento de medicamentos, programas de atividades físicas, vacinação para crianças e adolescentes e vacinação para adultos. **Resultados:** A maioria (85,4%) dos EEF considerou que o acesso deveria ser “para todos” (sem diferença entre ingressantes e concluintes, $p=0,090$), 12,9% “para pobres” e 1,7% “para ninguém”. Porém, menos da metade dos que responderam que o acesso deveria ser “para todos” (na questão geral) respondeu desta maneira em todos os 11 serviços/ações investigados. Os concluintes apresentaram uma visão mais ampla sobre a integralidade que os ingressantes, sendo maior a proporção de resposta “para todos” entre os concluintes em três ações/serviços: atendimento psicológico, atendimento de pessoas com dificuldade de locomoção e programas de práticas corporais/atividade física (PCAF). Além disso, algumas destas ações/serviços apresentaram mais de 90% de resposta “para todos” tanto para ingressantes como para concluintes: atendimento a pessoas com doenças crônicas, serviços de urgência e emergência e vacinação para crianças e adolescentes, enquanto outras ações tiveram menos de 70% de resposta entre os ingressantes: atendimento odontológico, fisioterapia e fornecimento de medicamentos, sendo que entre os concluintes, o serviço/ação que teve menos de 70% de resposta “para todos” foi fisioterapia. **Conclusão:** Um percentual elevado de EEF, tanto em ingressantes quanto em concluintes, considera que o acesso ao SUS deve ser universal, mas parece prevalecer uma visão limitada sobre os serviços/ações que devem ser “para todos”, indicando assim a necessidade de um maior foco na questão da integralidade na formação profissional.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde. Educação física e treinamento. Universalização da saúde. Integralidade em saúde.

PIMENTEL, Joamara de Oliveira. **Unified Health System for everyone, for the poor or for anyone? The view of Physical Education students from three public universities in Paraná.** 2020. 78 p. Dissertation (Master's Degree in Collective Health) –State University of Londrina, Londrina, 2020.

ABSTRACT

Introduction: The Brazilian health system has undergone several changes since the beginning of the 20th century, as economic, political and social conditions in Brazil changed. The Unified Health System (UHS) has among its principles universality, integrality and equity. Different health professionals work as UHS and, from the creation of the Extended Family Health and Primary Care Centers, Physical Education, among other professions, started to have the opportunity to be part of the public health teams and this is one of the factors which makes Physical Education formation need to be closer relationship with UHS. **Objective:** Verify the view of Physical Education students (PES) about the access to the UHS should be in general and specific services/actions. **Method:** Cross-sectional, descriptive and quantitative study with new and graduating students in 2019, in the Physical Education bachelor's degree courses of three public universities in Paraná. They answered a semi-structured questionnaire 349 PES (216 freshmen and 133 graduating students). The main questions assessed the PES's view of the principle of universality, in a generic way (from a general question about what access should be) and for 11 specific services/actions: monitoring of people with chronic diseases, psychological monitoring, monitoring of pregnant women (prenatal care), home care for people with limited mobility, dental care, urgent and emergency care, physiotherapy, supply of medicines, physical activity programs, vaccination for children and adolescents and vaccination for adults. **Results:** The majority (85,4%) of the PES considered that access should be "for everyone" (no difference between newcomers and graduates, $p=0.090$), 12,9% "for the poor" and 1,7% "for no one". However, less than half of those who answered that access should be "for everyone" (in the general question) answered this way in all 11 services/actions investigated. The graduates presented a broader view on integrality than the newcomers, with a greater proportion of responses "for all" among the graduates in three services/actions: psychological care, care for people with limited mobility and programs of body practices/physical activity (BPPA). In addition, some of these services/actions showed more than 90% response "for all" for both newcomers and graduates: care for people with chronic diseases, urgent and emergency services and vaccination for children and adolescents, while others actions had less than 70% of response among newcomers: dental care, physiotherapy and supply of medicines, and among graduates, the service/action that had less than 70% of response "for all" was physiotherapy. **Conclusion:** It is concluded that a high percentage of PES, both in newcomers and in graduates, considers that access to UHS should be universal, but a limited view on the services/actions that should be "for all" seems to prevail, thus indicating the need greater focus on the issue of integrality in professional formation.

Keywords: Unified Health System. Physical education and Training. Universalization of health. Integrality in health.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
DST/AIDS	Doenças Sexualmente Transmissíveis/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ESF	Estratégia Saúde da Família
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NASF-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
NHS	National Health Service
OMS	Organização Mundial da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PCAF	Práticas Corporais/Atividade Física
PEF	Profissional de Educação Física
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UEL	Universidade Estadual de Londrina
UFPR	Universidade Federal do Paraná
UNICENTRO	Universidade Estadual do Centro-Oeste

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
1.1	OBJETIVOS.....	13
1.1.1	Objetivo Geral	13
1.1.2	Objetivos Específicos	13
2	REVISÃO DE LITERATURA	14
2.1	POLÍTICAS DE SAÚDE NO MUNDO.....	14
2.2	POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL: APONTAMENTOS SOBRE AS ESPECIFICIDADES DO SUS	16
2.3	ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA NA SAÚDE PÚBLICA.....	22
3	MÉTODOS	25
3.1	DELINEAMENTO DA PESQUISA E ASPÉCTOS ÉTICOS	25
3.2	LOCAL DA PESQUISA	25
3.3	CRITÉRIO DE EXCLUSÃO.....	26
3.4	COLETA DE DADOS.....	26
3.5	INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	29
3.6	ANÁLISE DOS DADOS.....	30
4	RESULTADOS	32
5	DISCUSSÃO	39
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	43
	REFERÊNCIAS	45
	APÊNDICES	53
	APÊNDICE A - Carta à instituição participante	54
	APÊNDICE B – Questionário.....	55
	APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	62
	ANEXOS	64
	ANEXO 1- Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da UEL.....	65

ANEXO 2 - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da UFPR.....	68
ANEXO 3 - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da UNICENTRO.....	72

1 INTRODUÇÃO

Com a Constituição Federal de 1988, influenciada pelo Movimento da Reforma Sanitária, o Brasil optou por um sistema saúde que nasceu com um olhar ampliado sobre o tema, tendo como um de seus princípios finalísticos a universalidade no acesso aos serviços, inspirado na emancipação democrática dos indivíduos e entendendo a saúde como um direito de todos e um dever do Estado (PAIM, 2018). A universalidade é o princípio do Sistema Único de Saúde (SUS) que legitima o direito ao acesso a ações e serviços de saúde, de maneira irrestrita e sem discriminação de qualquer natureza (FIOCRUZ, 2019; GIOVANELLA *et al.*, 2018).

O conceito de direito ao acesso a serviços de saúde é algo construído historicamente e relativamente recente. Foi após a II Guerra Mundial que teve início a ideia da universalização da assistência para a saúde das populações, como forma de proteção social (MARQUES, 2016). Em diversos países no mundo há sistemas universais de saúde como Reino Unido, Dinamarca, Espanha, Portugal, Itália, Finlândia, entre outros, que visam salvaguardar o acesso universal à saúde como premissa de cidadania (GIOVANELLA *et al.*, 2018; MARQUES, 2016). A visão que uma sociedade tem sobre saúde está ligada a contextos amplos de acordo com questões históricas e culturais que abrangem o presente e o passado de suas configurações subjetivas, sociais, econômicas e políticas (MINAYO, 2006) influenciando o modo de organização do seu sistema de saúde.

Atualmente, inclusive em função de pressões exercidas pelo setor privado, têm se reforçado a ideia de saúde como mercadoria, minando a cidadania e reduzindo cidadãos à condição de consumidores e incentivando o Estado a restringir o acesso aos serviços públicos gratuitos apenas àqueles que não podem pagar por serviços privados (PAIM, 2018). Este movimento é reforçado internacionalmente por iniciativas como o modelo de atenção à saúde denominado “cobertura universal em saúde”, incentivado pelo Banco Mundial e que aparece em relatórios da Organização Mundial da Saúde (OMS) como alternativa para o financiamento dos serviços de saúde de maneira excludente e não necessariamente oferecidos pelo Estado, e tem como objetivo cobrir cestas de serviços à determinada parcela da população, o que pode levar inclusive à solidificação de desigualdades (GIOVANELLA *et al.*, 2018; NORONHA, 2013; RIZZOTTO, 2018).

No Brasil, a mercantilização da saúde vem acontecendo, entre outros fatores, por meio das políticas de austeridade fiscal e também influenciada por órgãos internacionais. Em 2016 a Emenda Constitucional 95 limitou os investimentos na saúde para os 20 anos seguintes,

comprometendo a viabilização da seguridade social no país (BRASIL, [2016]; GIOVANELLA *et al.*, 2018). Além disso, em novembro de 2019 o governo federal aprovou medidas alterando o financiamento da Atenção Primária a Saúde, em que extingue o recurso fixo da atenção básica, que desde 1997 é passado diretamente da União aos municípios, colocando em risco várias ações e serviços e criando uma seletividade na atenção, enfraquecendo a visão de universalidade (SUS “para todos”) e fortalecendo uma visão de SUS “para pobres” (ABRASCO *et al.*, 2019; BRASIL, 2019; NEVES; MACHADO, 2019).

Ademais, o SUS vai além do acesso universal a saúde e isso é evidente em outro de seus princípios finalísticos: a integralidade. Este princípio implica considerar os diversos aspectos que influenciam a saúde individual e coletiva para além do olhar biomédico, com propósito de assegurar as perspectivas de proteção, promoção, prevenção, reabilitação, tratamento e cura. O objetivo do princípio da integralidade é a ampliação dos serviços e ações em saúde de maneira intersetorial, compreendendo o ser humano como um todo complexo e não fragmentado (FIOCRUZ, 2019; VASCONCELOS; PASCHE, 2006). De certa forma foi esse princípio que possibilitou a inserção de diferentes áreas profissionais no setor da saúde pública no Brasil, como é o caso da Educação Física (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 1997).

Especialmente a partir da primeira década dos anos 2000, a Educação Física passou a ter uma atuação mais evidente no SUS, uma vez que antes deste período havia experiências mais pontuais ou programas de promoção da atividade física sem um vínculo mais formal com o SUS (ANDRADE, 2011). Neste contexto, vale mencionar marcos importantes, como a publicação da primeira versão da Política Nacional de Promoção da Saúde, em 2006, que tem como um de seus eixos prioritários as práticas corporais/atividade física (PCAF) (BRASIL, 2014b), em 2008 a criação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF (atual NASF-AB – Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica) (BRASIL, 2008) e a alteração da lei 8.080/90 em 2013 que incluiu a atividade física como elemento condicionante e determinante de saúde (BRASIL, 2013).

Com isso, alguns cursos de formação em Educação física começaram a redirecionar o desenvolvimento da formação acadêmica, observando as condições ampliadas que interferem na saúde das populações e que vão muito além da visão biomédica, tendo atenção especial quanto ao sistema de saúde brasileiro (NEVES *et al.*, 2015), como é o caso do curso de bacharelado em Educação Física da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP - campus Baixada Santista) e da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo (EACH-USP Leste). Vale também destacar que, pela primeira vez, o SUS foi citado em

uma resolução que institui Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de Educação Física, que incluem políticas e programas de saúde, atenção básica, secundária e terciária em saúde, saúde coletiva, dimensões e implicações psicológicas, biológicas, culturais, pedagógicas e sociológicas da saúde, gestão em saúde, métodos e avaliação de projetos e programas de Educação Física para a saúde e integração ensino, serviço e comunidade (CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 2018). Porém, é preciso salientar que para alguns autores a formação na Educação Física para a atuação no SUS ainda é incipiente e limitada (CANDIDO; ROSSIT; OLIVEIRA, 2018; COSTA, 2019; LOCH *et al.*, 2018; NEVES *et al.*, 2015; OLIVEIRA, 2018).

Alguns trabalhos vêm sendo realizados procurando compreender concepções, ideias e dificuldades sobre a atuação do profissional de Educação Física (PEF) no sistema público de saúde (FERREIRA *et al.*, 2019; LOCH; DIAS; RECH, 2019; NOGUEIRA; BOSI, 2017; OLIVEIRA, 2018). Tais investigações são importantes na medida em que auxiliam a reflexão sobre a prática deste profissional no SUS e contribuem para a construção de uma visão mais ampla e crítica dos cursos de formação profissional em relação a atuação neste campo (COSTA, 2019; NEVES *et al.*, 2015). Entretanto, ainda são poucos os estudos que têm como objetivo verificar a visão dos estudantes sobre esta temática.

Assim, considerando as especificidades da Educação Física e sua recente “entrada” no contexto do SUS e a relevância de se conhecer melhor a visão dos diversos atores, sejam eles usuários, gestores, estudantes, docentes, trabalhadores do SUS, a respeito de elementos que compõem o SUS e a atuação profissional em seu contexto, consideramos importante conhecer a visão que os graduandos do primeiro e do último ano do curso de bacharelado em Educação Física têm sobre o SUS, de maneira geral e em ações específicas, inclusive comparando a visão entre ingressantes e concluintes pode contribuir para a construção de uma visão mais ampla e crítica dos cursos de formação em relação à atuação deste profissional na saúde pública, além de contribuir para o âmbito de práticas e saberes das áreas de Saúde Coletiva e Educação Física.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo Geral

Verificar a visão de estudantes do curso de bacharelado em Educação Física de três universidades públicas do Paraná sobre como deveria ser o acesso ao SUS de maneira geral e em ações/serviços específicos, buscando refletir sobre aspectos relativos aos princípios da universalidade e da integralidade.

1.1.2 Objetivos Específicos

a) Caracterizar os estudantes do primeiro e do último ano quanto as variáveis sociodemográficas e verificar o perfil de utilização e avaliação sobre o SUS destes estudantes e suas perspectivas de atuação no contexto da saúde pública após a formação inicial;

b) Verificar a visão dos estudantes sobre como deveria ser o acesso ao SUS de maneira geral, segundo as variáveis sociodemográficas, perfil de utilização e avaliação sobre o SUS, conhecimento sobre as possibilidades e perspectivas de atuação do PEF no SUS e fase do curso (ingressantes ou concluintes).

c) Verificar a visão de ingressantes e concluintes sobre como deveria ser o acesso ao SUS em 11 serviços/ações específicos.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Nesta revisão serão abordados conteúdos relacionados às políticas públicas de saúde adotadas em alguns países e no Brasil, como foi o início dos sistemas de saúde e algumas características sobre o sistema de cada país, no entanto sem a pretensão de esgotar qualquer tema. Apresentaremos também, como se deu a introdução da atuação do profissional de Educação Física na saúde pública brasileira e, dentro das especificidades do SUS, o quanto a política neoliberal tem sido nefasta para as políticas públicas de saúde no Brasil.

2.1 POLÍTICAS DE SAÚDE NO MUNDO

O modo como um país estrutura seu sistema de saúde revela qual ou quais concepções de saúde são relevantes para aquela sociedade e o papel do Estado nas questões sociais. Em países desenvolvidos, como França e Inglaterra, o acesso universal à saúde, fundamentado no conceito de ampla cidadania, teve início após a II Guerra Mundial, gerando resultados positivos tanto na equidade quanto na eficiência dos serviços nacionais de saúde. O modelo de seguro público criado na Alemanha no fim do século XIX, que se alicerçava em contributos sociais obrigatórios pagos a diversos âmbitos públicos pelos trabalhadores e pelas empresas, foi precursor dos seguros sociais que surgiram no início do século XX, como o National Health Service (NHS) na Inglaterra. Entretanto, as legislações que foram surgindo no início do século XX estavam mais preocupadas em controlar as associações de trabalhadores, que surgiam por melhores condições de trabalho, que propriamente assegurar cuidados em saúde à população (CONILL, 2006; GIOVANELLA *et al.*, 2018; LOBATO; GIOVANELLA, 2008; MARQUES, 2016).

Enquanto organizações de cuidado à saúde, os sistemas de saúde se estabeleceram aproximadamente na metade do século XX, tendo como incumbência organizar, desenvolver e controlar as várias técnicas, recursos e eventos que influenciavam na saúde dos povos e que afetavam o progresso dos países, estabelecendo normas para diversos setores como produção de medicamentos, equipamentos, alimentos, entre outros pertinentes à saúde das pessoas, sendo a atenção coletiva relevante para todas as nações. Assim, os sistemas de saúde se caracterizam como domínio de atuação econômica, gerando empregos, bem como disputas de poder e de fundos financeiros, com conflitos de interesses que abrangem diversos atores, como sindicatos, partidos políticos, empresários, profissionais (LOBATO; GIOVANELLA, 2008).

Atualmente, com a propagação do desenvolvimento de tecnologias bem como com a conversão do processo saúde/doença em comércio lucrativo, as políticas de saúde no mundo apresentam certa correlação ao se fazerem mais inclusivas, embora com diferenças quanto à organização dos serviços, seu desempenho e ao acesso oferecido à população (CONILL, 2006).

Custeadado por impostos, o sistema de saúde inglês (NHS) pensou a saúde como algo inerente à cidadania, independente de vínculos trabalhistas e de renda, garantindo acesso universal a atendimentos em saúde, com padrão de assistência regionalizada, estando o médico clínico geral na porta de entrada dos atendimentos, tendo como principal preocupação a equidade da assistência, com expansão do acesso e integralidade nos serviços e preservando direitos, constituindo-se grande referência para outros sistemas de saúde a partir dos anos de 1970 (CONILL, 2006; LOBATO; GIOVANELLA, 2008).

No Canadá, o sistema de saúde é determinado como seguro nacional de saúde, com custeamento majoritariamente de recursos públicos em que a integração entre os serviços e a medicina familiar têm destaque, no entanto, o fornecimento dos serviços é realizado por meio de convênios diversos com prestadores particulares. Na organização da saúde pública canadense cada província é independente para gerir e definir seus serviços prioritários, mantendo os princípios de universalidade, integralidade e gestão pública definidos por lei federal, evidenciando sua característica de descentralização (CONILL, 2006).

O sistema de saúde francês, assim como o NHS, conta com recursos fiscais e tributos de trabalhadores e empregadores e é regido pelo Estado, com princípios como medicina liberal, pluralismo e solidariedade. Os franceses têm acesso aos serviços independente do risco de doenças. Mesmo sendo um sistema solidário e com equidade, o destaque à atividade liberal do sistema de saúde da França compromete práticas de promoção e prevenção em saúde, além de gerar disfunções para coordenação e integração de serviços, o que também acontece com o sistema de saúde dos Estados Unidos (CONILL, 2006).

A sociedade americana tem como característica uma visão de que questões relacionadas à saúde são assuntos individuais e, com isso, somente as pessoas mais carentes são foco de serviços de saúde gratuitos oferecidos pelo Estado desde 1965, por meio do programa Medicaid, que é mantido por impostos, e parcialmente para aposentados pelo programa Medicare, que é custeado por meio de taxa compulsória (MARQUES, 2016). Em 2010, foi proposta uma reforma no sistema de saúde pelo presidente Barak Obama, a lei do Seguro Saúde Acessível que entrou em vigor em 2014, que tinha como objetivo melhorar a regulação de venda dos planos de saúde, monitorar o aumento dos custos e expandir a

admissão a estes serviços, oferecendo subsídio parcial às pessoas não elegíveis ao Medicaid. Assim, o sistema de saúde dos Estados Unidos tem característica plural, fragmentado e empresarial, oferecendo uma gama de subsistemas para atender diferentes demandas da população por meio de uma diversidade de organizações privadas (CONILL, 2006; MARQUES, 2016).

Nos países da América Latina, os sistemas de saúde foram historicamente influenciados pelos sistemas dos países de alta renda, sendo que as fundações norte americanas tiveram importante participação para regulamentar os programas de saúde pública e o NHS também teve forte influência nos sistemas universais existentes em alguns desses países e a fragmentação no cuidado é o que mais acontece nesses países, desfavorecendo as populações mais pobres. Um exemplo extremo disso é o caso do Paraguai, onde a regulação dos serviços de saúde por parte do Estado é baixa e quase não há integração entre os serviços, resultando em um acesso fragmentado aos cuidados em saúde e grande parte dos investimentos é particular. Cuba apresenta o oposto, pois há acesso universal integrando os serviços públicos de saúde a todos os cubanos, porém sem alternativas privadas (CONILL, 2006).

No Brasil, a universalização do acesso a serviços de saúde começou a ser vislumbrada pelo Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, que se fundamentava em uma concepção de cidadania inclusiva política e socialmente inspirada no sistema de saúde inglês, tendo em vista o Estado de bem-estar social para a população brasileira, (SAAD FILHO; MORAIS, 2018). Sua implantação, no entanto, ocorreu apenas no início dos anos de 1990 com o SUS (BRASIL, 1990). Entretanto, o crescimento de políticas neoliberais e a instabilidade social e financeira configuraram e ainda permanecem como ameaças relevantes para o progresso do sistema universal de saúde e, apesar de a Constituição de 1988 apregoar a saúde como dever do Estado e um direito de todo(a) brasileiro(a), os poderes legislativo, judiciário e executivo do país não vem garantindo requisitos importantes para a manutenção tecnológica, científica e econômica do SUS (PAIM, 2018).

2.2 POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL: APONTAMENTOS SOBRE AS ESPECIFICIDADES DO SUS

O sistema público de saúde brasileiro sofreu diversas mudanças desde o início do século XX, mudando conforme se alteravam as condições econômicas, políticas e sociais do país. No início deste período, as intervenções eram coletivas no modelo de campanhas sanitárias e as intervenções individuais eram realizadas de forma privada ou por instituições

de caridade como as Santas Casas de Misericórdia (CARVALHO *et al.*, 2017). No decorrer dos primeiros 50 anos do século XX foram surgindo categorias de seguros de saúde direcionados às pessoas com vínculo trabalhista (CONILL, 2006; BARROS; PIOLA, 2016).

Durante a Ditadura Militar, o Estado aplicou mais capital financeiro na economia que em ações sociais e de saúde, privilegiando o setor privado de saúde por meio de convênios e contratos com a previdência social, momento em que apenas empregados formais tinham acesso a esses serviços (ESCOREL, 2008). Houve organização da sociedade civil para reivindicar o direito a cidadania plena, considerando, por exemplo, aspectos sociais, culturais e políticos como influenciadores na saúde da população (PAIM *et al.*, 2011).

Com isso surge o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, que foi um marco civilizatório no Brasil com olhar ampliado de saúde para além do olhar biomédico. Apresentava uma natureza contra hegemônica, quando nos anos de 1970/1980, enfatizava que a saúde deveria ser um direito de todo(a) cidadão(ã) enquanto instituições internacionais como o Fundo Monetário Internacional e o Banco Mundial recomendavam a diminuição de direitos sociais como forma de reduzir as crises financeiras da época. Além disso, o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira tinha como característica a participação democrática e diversificada da sociedade civil nas ações de cidadania, manifestada na Constituição Federal de 1988 (SOUTO; OLIVEIRA, 2016).

A Constituição Federal de 1988, conhecida também como constituição cidadã, introduziu uma ideia a respeito da seguridade social que integrava saúde, previdência e assistência “como expressão dos direitos sociais inerentes à cidadania” salvaguardando uma gama de políticas sociais e econômicas, resultando na criação do SUS (PAIM, 2013). O SUS nasceu pautado no conceito de saúde como um direito de todos e um dever do Estado, influenciado pelo Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, tendo como objetivo ser público, participativo, universal, integral e descentralizado, ampliando o acesso aos serviços de saúde a toda a população brasileira, independente de vínculos trabalhistas. Entretanto, o mesmo texto garantiu a concomitância da atuação de organizações privadas na área da saúde em todo o território nacional (BARROS; PIOLA, 2016; BRASIL, [2016]; GIOVANELLA *et al.*, 2018; PAIM *et al.*, 2011; PAIM, 2013).

O sistema de saúde brasileiro é complexo. Além de possibilitar o acesso equitativo às ações e serviços, elabora e efetiva a política nacional de saúde integrando as ações federais, estaduais e municipais, regula as ações e serviços públicos e privados de saúde, busca propiciar condições saudáveis de vida com a prevenção de agravos e enfermidades, bem como coordena atividades de promoção, reabilitação e cura. A atuação do SUS abrange também

serviços de vigilância sanitária e epidemiológica, monitoramento das agressões ao meio ambiente, assistência terapêutica, gerenciamento das redes de transplante e hemocentros, entre outros (BARROS; PIOLA, 2016; BRASIL, 1990; VASCONCELOS; PASCHE, 2006).

A efetivação do SUS se deu em 1990 com a aprovação da lei 8.080/90, que sistematizou e organizou as obrigações do sistema em todas as esferas de governo (PAIM *et al.*, 2011). Nos anos seguintes houve mudanças expressivas nas políticas de saúde pública do país, dentre elas destaca-se o surgimento do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991, em que o agente comunitário de saúde é o trabalhador da equipe de atenção básica que faz parte da comunidade, favorecendo o vínculo e a proximidade das equipes de saúde com a comunidade (BRASIL, 2020).

Outra política relevante foi o Programa Saúde da Família criado em 1993, que por meio da descentralização, tinha a proposta de organizar o sistema de saúde dando especial importância à atenção primária em saúde, tornando-se uma política de Estado e uma das bases do SUS (BRASIL, 2010), que em 2006, foi reconhecido como principal estratégia para a reorganização da atenção básica brasileira com a aprovação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) transformando-se em Estratégia Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2006a). Em 2008, a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) pelo Ministério da Saúde, configurou-se como outro marco relevante e teve como foco contribuir e fortalecer a atenção básica no país, aumentando a rede de serviços em saúde, agregando profissionais de diferentes áreas da saúde na Estratégia Saúde da Família e na Atenção Básica (BRASIL, 2019).

Além disso, muitos serviços oferecidos pelo SUS são realizados em parceria com uma variedade de instituições de ensino e pesquisa, como universidades, institutos e escolas, formando uma rede que interage com secretarias municipais de saúde e o Ministério da Saúde. Essa integração ensino-serviço-comunidade é de suma importância, visto que a formação profissional é enriquecida com os preceitos, habilidades e conhecimentos ligados às diretrizes e princípios do SUS, possibilitando que tais profissionais transmitam à população conhecimentos e informações de forma a valorizar o sistema (PAIM, 2018).

O SUS estrutura a saúde pública em todo o território nacional, para os mais de 200 milhões de brasileiros em mais de 5.500 municípios, com redes hierarquizadas e níveis de complexidade. Preza pela integração entre as ações em saúde pública e atenção à saúde individual de maneira diversificada, de acordo com a complexidade e as necessidades da população (GIOVANELLA *et al.*, 2018).

A universalidade é o princípio finalístico do SUS que garante o direito a saúde para toda a população. Isso transformou significativamente a situação de saúde pública no Brasil em relação ao período anterior a existência do SUS, quando só tinha acesso a serviços e ações em saúde aqueles com trabalho formal, enquanto alguns brasileiros pagavam por seus atendimentos em saúde e outros eram caracterizados como indigentes atendidos por entidades filantrópicas (VASCONCELOS; PASCHE, 2006; FIOCRUZ, 2019).

Mesmo que se tenha concebido um sistema com acesso para todos, fundamentado em custeamento público, a autonomia da iniciativa privada na área permaneceu, mas é necessário ressaltar que, às pessoas que contratam serviços privados de saúde, direta ou indiretamente (por planos ou seguros privados de saúde), é mantido o direito ao acesso ao SUS (BARROS; PIOLA, 2016). Ainda que o sistema tenha dificuldades políticas, de financiamento e gestão, atualmente, para boa parte da população, predomina a noção de um SUS para todos e algumas ações e políticas representam bem esta concepção, como a distribuição gratuita de medicamentos para diversas doenças crônicas e a Política Nacional de DST/AIDS (FIOCRUZ, 2019).

O princípio da integralidade no Brasil teve início com a forma de pensar a vida e a saúde da população pelo Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, de maneira a não reduzir o processo saúde-doença aos aspectos biológicos e individuais. Além disso, este princípio requer do sistema de saúde a “horizontalidade” e a articulação de serviços e ações, oferecendo cuidado amplo à saúde individual e coletiva dos brasileiros. Foi também este princípio que permitiu emergir inovações na organização e no desenvolvimento das intervenções em saúde, estimulando a expansão e a qualificação destas intervenções e disponibilizando um vasto conjunto de ações, e conseqüentemente de profissionais, para a promoção da saúde, a reabilitação mental e física, as imunizações, a proteção e a cura, presumindo cuidado continuado aos indivíduos e coletividades (ALVES, 2017; PINHEIRO, 2009; VASCONCELOS; PASCHE, 2006).

Na prática, a integralidade pode-se configurar como uma relação social democrática entre as pessoas, entre as instituições e organizações e em níveis diversos de atenção no SUS, um método para conservar e preservar a vida considerando aspectos que vão além do olhar biomédico. Como um princípio finalístico do SUS, pode efetivar a saúde como componente de cidadania, suplantando as dificuldades internas na gestão do SUS e na interação da sociedade com o sistema. O objetivo deste princípio é a produção de intervenções resolutivas por meio da interação das pessoas envolvidas na realização do cuidado em saúde, focando nas necessidades do usuário (PINHEIRO, 2009).

Assim, os profissionais e os serviços precisam ter um olhar para o atendimento integral aos usuários, considerando o ser humano em sua totalidade e não meramente como um corpo doente, levando em consideração aspectos de promoção, prevenção, recuperação e cura em todos os ciclos de vida da população, atentando para suas especificidades sociais. Entretanto, a efetividade deste princípio tem se apresentado cada vez mais distante diante das austeridades fiscais dos últimos anos (ALVES, 2017).

A adoção de políticas neoliberais por vários governantes brasileiros levaram a submissão dos serviços públicos aos setores privados por meio de terceirizações, privatizações e dos ajustes fiscais, levando o país a, aos poucos, substituir ações sociais estruturantes por paliativas, transformando serviços essenciais como o cuidado em saúde à condição de mercadoria, deteriorando tanto a noção de cidadania como alguns direitos sociais, direcionando-os às pessoas mais pobres e não mais a toda a população, esquivando-se da responsabilidade assumida quando adotada a Constituição Federal de 1988 (BRASIL, [2016]; CAMPOS, VIANA; SOARES, 2015; PAIM, 2018; SAAD FILHO; MORAIS, 2018).

Esta situação tem sido enfatizada por instituições internacionais. Um exemplo disso é o posicionamento do Banco Mundial em relação ao SUS, que regularmente em seus documentos divulga a valorização do setor privado e, ao mesmo tempo tenta desqualificar a universalidade e a integralidade no acesso a serviços de saúde. Isso tem um objetivo claro: fazer das pessoas meros consumidores de algo que não deveria ser considerado mercadoria, a própria saúde, sugerindo aos Estados que ofereçam serviços de saúde seletivos (RIZZOTTO, 2018).

As políticas de seguridade social vêm sendo atacadas por meio dos frutos do neoliberalismo, entre eles os ajustes fiscais. No Brasil, a Emenda Constitucional 95 de 2016 estabeleceu um teto para os investimentos em saúde por 20 anos e isso significa que o Estado brasileiro não mais conseguirá assegurar o direito universal à saúde (BRASIL, [2016]). Tal redução de recursos fará com que estados e municípios deixem de oferecer ações e serviços pelo SUS, inclusive aqueles anunciados pela Política Nacional de Promoção da Saúde, que resultam de trabalhos intersetoriais, inviabilizando o princípio da integralidade e, assim, dificultando ainda mais o funcionamento do SUS (GIOVANELLA *et al.*, 2018; MALTA *et al.*, 2018).

Não bastasse isso, em 2017 o governo federal lançou a revisão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2017a). Esta revisão flexibilizou a organização da atenção e a utilização dos recursos financeiros da esfera federal, enfraquecendo e reduzindo o alcance da ESF e da AB, paralisando a então crescente tendência de efetivar, a médio e longo prazo, o

acesso à saúde pública de forma efetiva. Com isso, aprofundou a possibilidade de oferta de cuidados mínimos à população, desconstruindo mais uma vez os princípios de universalidade e integralidade, distorcendo a concepção das peculiaridades territoriais que, nas versões anteriores da PNAB visavam superar as desigualdades existentes na sociedade brasileira, tendo na ambiguidade de seu texto o propósito de não mais se comprometer com a ampliação do SUS por meio da ESF e da AB (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

Em novembro de 2019 o governo federal publicou a Portaria 2979 que reduz o financiamento da porta de entrada do SUS: a Atenção Primária, suprimindo um recurso recebido diretamente do governo federal pelos municípios desde 1997 (BRASIL, 2019). Tal portaria, que entrou em vigor em primeiro de janeiro de 2020 aprofundará a desigualdade no acesso, fazendo perecer o princípio da universalidade, inviabilizando a estrutura e sustentabilidade do SUS, que vem enfrentando dificuldades para atender agravos em saúde causados tanto por doenças infecciosas, como doenças crônicas (por conta da transição epidemiológica) e aqueles oriundos de causas externas (ABRASCO *et al.*, 2019; BRASIL, 2019; NEVES; MACHADO 2019).

Em carta escrita por entidades ligadas ao Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, direcionada aos parlamentares, prefeitos e secretários municipais de saúde, são evidenciados pontos importantes que afetarão diretamente a saúde da população brasileira, especialmente em regiões metropolitanas. Um desses pontos é a vinculação dos recursos ao número de pessoas cadastradas nas unidades básicas de saúde (UBS) e não mais pela população de abrangência do território, impactando diretamente no planejamento das ações de acordo com as necessidades da população. Um segundo fator é a imposição de uma sobrecarga de trabalho aos profissionais que atuam no SUS advindas de tais alterações no funcionamento do sistema, sem antes sanar questões antigas relacionadas à gestão e ao subfinanciamento. Outro ponto relevante mencionado nesta carta é a redução da equipe multiprofissional da ESF, retrocedendo e acabando com as conquistas de resolutividade da ESF, enfatizando o cuidado a partir de um modelo biomédico e fragmentado, reforçando a concepção de SUS “para pobres” (ABRASCO *et al.*, 2019).

Todo esse contexto acaba reprimindo e inviabilizando o que vinha sendo construído para fortalecer o SUS por meio da AB, como por exemplo, as Redes de Atenção à Saúde (RAS), que têm como característica utilizar diversos tipos de tecnologias para assegurar a integralidade no cuidado, tendo como objetivo favorecer relações mais horizontalizadas entre os âmbitos de atenção à saúde com foco nas necessidades de saúde da população brasileira, se comprometendo com o cuidado multiprofissional a partir da AB (BRASIL, 2014a).

Além disso, com o novo modo de financiamento à Atenção Primária por meio do Programa Previne Brasil em 2019 (BRASIL, 2019), o NASF deixou de ser financiado, tendo este modelo de financiamento cancelado os recursos federais antes repassados pela União aos municípios. Em 2020, com a Nota Técnica nº 3/2020 (BRASIL, 2020b), deixa de credenciar novas equipes NASF, pois tal Nota desvincula os profissionais das equipes NASF-AB, descaracterizando a atuação inter profissional e inviabilizando a estrutura e elaboração coletiva do trabalho concebido pelo NASF, tendo como falso argumento a autonomia da gestão municipal, sendo que esta nunca deixou de ser autônoma em versões anteriores desta política quanto à contratação dos profissionais direcionados aos NASFs para as necessidades específicas de cada município (MENDES; CARNUT, 2020).

Em 11 de fevereiro de 2020, foi publicada a Portaria nº 99 (BRASIL, 2020d), que redefine o registro das equipes de Atenção Primária no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), contendo novas formas de classificação sobre o caráter de cada tipo de equipe, com reduções, por exemplo, nos tipos de equipe do NASF-AB, sem alterar, no entanto, o que a Nota Técnica nº3/2020 traz a respeito da revogação do credenciamento de novas equipes NASF-AB a partir de 2020 (BRASIL, 2020b). Portanto, no momento em que este texto está sendo escrito há ainda muita incerteza e insegurança em relação às políticas públicas que este governo de fato adotará e quais ainda serão extintas.

2.3 ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA NA SAÚDE PÚBLICA

As práticas corporais/atividades físicas (PCAF) como conteúdo de saúde pública, contribuindo para enfrentar as diversas situações complexas de saúde no Brasil, vêm progredindo consideravelmente nos últimos anos em decorrência do SUS (LOCH *et al.*, 2018). No Brasil, no início do século XX a Educação Física era uma atividade exclusivamente militar, voltada à eugenia e a higiene. Depois passou a ter outras vertentes de atuação, como a educação física na escola, a prática esportiva (iniciação e alto rendimento profissional) (CASTELLANI FILHO, 1991) e uma visão de saúde voltada para a lógica do *fitness*.

Na década de 1990 a participação destes profissionais na saúde pública acontecia de maneira pontual, como no caso do Serviço de Orientação ao Exercício (SOE) em Vitória (ES) em 1990 e o Programa Curitiba Ativa em 1998 no Paraná. Nos anos 2000, outras iniciativas importantes merecem destaque como a Academia da Cidade em Recife (PE) em 2002, em Aracaju (SE) em 2004 e em Belo Horizonte (MG) em 2005 (FERREIRA *et al.*, 2019; LOPES *et al.*, 2016; MENDONÇA *et al.*, 2009; REZENDE, 1997).

Criado em 1996 pelo Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul (CELAFISCS) em parceria com a Secretaria de Saúde do estado de São Paulo, o Programa Agita São Paulo nasceu com o objetivo de incentivar as pessoas daquela região à adoção de um estilo de vida ativo e obteve grande visibilidade. Entretanto, tal projeto não leva em conta outros condicionantes e determinantes de saúde, gerando responsabilidade unicamente individual, reforçando o modelo biomédico e validando políticas que não levam em consideração, de fato, os princípios do SUS (MATSUDO *et al.*, 2008; FERREIRA, CASTIEL; CARDOSO, 2011).

Com a criação do SUS, especificamente na primeira década dos anos 2000, a Educação Física também passou a ter como área de atuação a Saúde Coletiva, quando o governo, por meio de políticas públicas, passou a investir em programas para PCAF (HALLAL, 2014; LOCH *et al.*, 2018). Algumas destas políticas foram direcionadas à formação profissional, outras à importância das PCAF na saúde da população e outras à atuação profissional após a formação inicial.

Quanto às políticas, podemos destacar o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – PRÓ-Saúde (BRASIL, 2007), o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET-Saúde (BRASIL, 2017b) e as residências multiprofissionais (BRASIL, 2006b). Direcionado às graduações de medicina, enfermagem e odontologia, o Pró-Saúde foi uma implementação relevante para a formação em saúde no Brasil, visto que teve como objetivo gerar uma reorientação da formação profissional, instigando alterações no desenvolvimento, na construção do conhecimento e nas ações e serviços à população, direcionando os graduandos para o cuidado integral à saúde a partir dos princípios do SUS, buscando fortalecer o sistema e proporcionar alterações significativas na formação dos profissionais de saúde (BRASIL, 2007).

O PET-Saúde, implementado em 2008, tem como objetivo promover a educação por meio do trabalho, integrando ensino, serviço, pesquisa e comunidade em conteúdos relevantes para o SUS, envolvendo profissionais da saúde, professores e estudantes de cursos de graduação em saúde além dos cursos de enfermagem, medicina e odontologia, como é o caso da educação física (BRASIL, 2017b). Em 2005 foram instituídas, por lei, as residências multiprofissionais, com valores como a promoção da saúde, a integralidade da atenção e o acolhimento por meio da atuação interdisciplinar de várias profissões, entre elas a Educação Física, tendo como objetivo tanto viabilizar a formação profissional após a formação inicial, quanto subsidiar alterações na configuração assistencial do SUS (BRASIL, 2005; BRASIL, 2006b).

A Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2014b), também é uma política relevante, uma vez que um dos seus temas prioritários é a atividade física, considerando esta prática como condicionante e determinante de saúde, juntamente com contextos social, cultural, político e econômico nos quais vivem a coletividade. Estes marcos abriram novas possibilidades de atuação ao profissional de Educação Física (PEF) ao mesmo tempo em que provocaram reflexões a respeito da formação profissional nesse novo contexto de atuação (LOCH, 2015).

A criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF, atual NASF-AB – Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica) ratificou a atuação do profissional de Educação Física na saúde pública brasileira. Os núcleos têm como foco contribuir e fortalecer a atenção básica no país, aumentando a rede de serviços em saúde, agregando profissionais de diferentes áreas da saúde na ESF e na AB, incluindo os PEF, fortalecendo o princípio da integralidade e favorecendo o trabalho colaborativo e inter profissional (BRASIL, 2008; BRASIL, 2014b). Além disso, o Ministério da Saúde lançou em 2011 o Programa Academia da Saúde cujos objetivos são consolidar a promoção da saúde aumentando a autonomia das pessoas para escolhas de modos saudáveis de vida, promovendo o aumento da prática de atividades físicas, de hábitos alimentares saudáveis, ambientes de convivência e redes de apoio, se adaptando às culturas regionais tendo em vista sempre a integralidade e a intersetorialidade no cuidado à população (BRASIL, 2014b; FERREIRA *et al.*, 2019).

Com este cenário, é fundamental que a formação inicial de profissionais de Educação Física tenha o intuito de preparar os futuros profissionais para a possibilidade de atuação na saúde pública, compreendendo o que envolve este campo de prática por meio dos princípios do SUS, das características do trabalho neste campo e das redes que o constituem (MANSKE; OLIVEIRA, 2017). Entretanto, é necessário destacar que, disciplinas e práticas relativas aos conhecimentos de saúde pública e coletiva nos cursos de bacharelado em Educação física ainda são escassas, visto que grande parte desses cursos ainda valoriza a atuação profissional com enfoque biomédico e individual em detrimento das condições socioculturais, fazendo com que a formação não acompanhe as mudanças e conquistas mencionadas acima por meio das políticas públicas (CANDIDO; ROSSIT; OLIVEIRA, 2018; COSTA, 2019; LOCH *et al.*, 2018; NEVES *et al.*, 2015; OLIVEIRA, 2018; PALACIO *et al.*, 2018;).

3 MÉTODOS

3.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA E ASPÉCTOS ÉTICOS

Trata-se de um estudo de delineamento transversal, descritivo e quantitativo com estudantes ingressantes em 2019 e concluintes no mesmo ano, nos cursos de bacharelado em Educação Física de três universidades públicas do estado do Paraná. Os procedimentos do estudo seguiram as normas da Resolução do Conselho Nacional de Saúde 466/12 e foram aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa das seguintes universidades: Universidade Estadual de Londrina – UEL (CAAE 07939019.6.0000.5231); Universidade Federal do Paraná - UFPR (CAAE 07939019.6.3002.0102); e Universidade Estadual do Centro-Oeste - UNICENTRO (CAAE 07939019.6.3003.0106).

3.2 LOCAL DA PESQUISA

As três universidades públicas do estado do Paraná incluídas na pesquisa foram a Universidade Federal do Paraná (UFPR) campus Curitiba, que conta com 74 vagas para ingresso no curso, divididas em duas turmas de período integral (UFPR, 2017; BRASIL, 2020c) e duas universidades estaduais: uma situada na região Norte do estado, na cidade de Londrina, a Universidade Estadual de Londrina (UEL), com 180 vagas divididas em seis turmas, sendo três matutinas e três noturnas (UEL, 2018), e a Universidade Estadual do Centro-Oeste (UNICENTRO) na região Centro-sul do Paraná, campus de Guarapuava, com 40 vagas em uma turma de período integral (UNICENTRO, 2019).

A UFPR é a mais antiga das três instituições, iniciando seu funcionamento em 1913 de forma particular e, somente em 1950 se federalizou como instituição pública e gratuita (UFPR, 2020b). O curso de Educação Física teve início em 1977 (tanto a licenciatura quanto o bacharelado) (BRASIL, 2020b). Atualmente o curso de bacharelado em Educação Física conta com duas disciplinas optativas que são relacionadas à saúde pública: Temas emergentes em Saúde I e Temas emergentes em Saúde II, sendo que os estudantes devem cumprir 210 horas em disciplinas optativas. Além disso, a universidade possibilita a realização de estágio em saúde pública, especificamente no NASF (UFPR, 2020a).

O início das atividades na UEL se deu em 1971 e o curso de Educação Física teve sua primeira turma iniciada em 1972, enquanto a primeira turma do curso de bacharelado foi iniciada em 2005. A aproximação do curso aos conteúdos relacionados ao SUS e a saúde

coletiva, conta atualmente com a disciplina de ‘Atividade Física e Saúde Pública I’ na segunda série do curso, ‘Atividade Física e Saúde Pública II’ na terceira série, e na quarta série os estudantes podem optar por se aprofundar em dois temas entre, Lazer, Esporte e Saúde, sendo que o tema esporte não possui disciplina específica relacionada à saúde pública. No tema lazer, os concluintes têm a disciplina de ‘Políticas Públicas em Lazer’ e para o tema saúde, os concluintes fazem a disciplina de ‘Aprofundamento em Atividade Física e Saúde Pública’ (UEL, 2017).

Das três universidades a Unicentro é a mais jovem, tendo dado início às suas atividades em 1990. O curso de Educação Física com habilitação em licenciatura plena, ou seja, atuação em licenciatura e bacharelado, foi criado em 2002 e no ano de 2006 passou a ser somente de bacharelado ficando no campus da cidade de Guarapuava, sendo a licenciatura transferida para o campus da cidade de Irati. A turma de bacharelado em Educação física conta com uma disciplina que trabalha conteúdos relacionados ao SUS na terceira série do curso: ‘Educação Física na Atenção Primária à Saúde’ e na quarta série com a disciplina ‘Políticas Públicas em Saúde, Esporte e Lazer’. Por conta de condições burocráticas, os estudantes não fazem estágios em saúde pública (UNICENTRO, 2020).

Para realização da pesquisa, inicialmente entrou-se em contato com os colegiados dos cursos de bacharelado em Educação Física das universidades participantes para explicar os objetivos e os métodos da pesquisa, solicitando a anuência dos mesmos para a realização do estudo em suas respectivas instituições. Após o aceite, foi feito contato com professores responsáveis pelas turmas do primeiro e do último ano para a autorização da coleta de dados em sala de aula.

3.3 CRITÉRIO DE EXCLUSÃO

Foram excluídos os estudantes ingressantes que estavam repetindo o primeiro ano totalmente ou retidos em alguma disciplina, pois o objetivo do trabalho foi analisar o momento de entrada no curso com a menor influência possível da universidade na vida dos estudantes.

3.4 COLETA DE DADOS

A coleta foi realizada pela pesquisadora principal na UEL e por pesquisadores colaboradores na UNICENTRO e na UFPR, seguindo-se procedimentos padronizados. Com

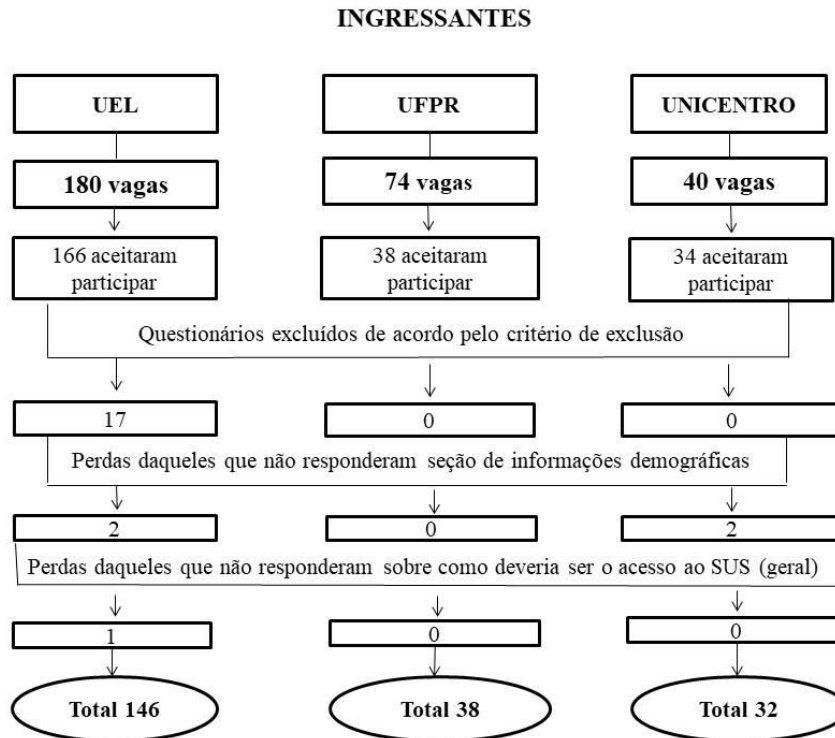
os ingressantes a coleta ocorreu entre o final de março e começo de abril de 2019, buscando-se verificar a visão dos estudantes com a menor influência possível da graduação, isto é, propiciando maior aproximação com a visão dos estudantes ao entrarem na universidade. A coleta de dados dos concluintes foi realizada entre os meses de agosto e setembro de 2019, dependendo do calendário de cada universidade envolvida, buscando-se avaliá-los após algumas semanas do início do último semestre do curso, para que os dados refletissem o máximo possível, a visão destes estudantes ao final do curso.

Todos os estudantes ingressantes e concluintes dos cursos de bacharelado em Educação Física das referidas universidades que estavam em sala de aula no momento da coleta, foram convidados a participar da pesquisa. Inicialmente, foram explicados aos estudantes os objetivos da pesquisa, os procedimentos que seriam realizados e aqueles que aceitaram participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (apêndice C).

Entre os ingressantes, 238 estudantes responderam o questionário (38 da UFPR, 166 da UEL e 34 da UNICENTRO) e entre os concluintes, 135 (41 da UFPR, 73 da UEL e 21 da UNICENTRO). Importante destacar o número de turmas de ingressantes e concluintes, inclusive porque isso explica a diferença no número de pessoas de cada um destes grupos. Em relação aos ingressantes foram nove turmas (duas da UFPR, seis da UEL e uma da UNICENTRO) e dos concluintes foram seis turmas (duas da UFPR, três da UEL e uma da UNICENTRO). Lembrando que apesar de a quantidade de turmas da UFPR e da UNICENTRO serem as mesmas no primeiro e no último ano, a quantidade de alunos no último ano foi menor por conta da evasão, exceto na UFPR, em que houve maior participação dos concluintes que dos ingressantes nesta pesquisa.

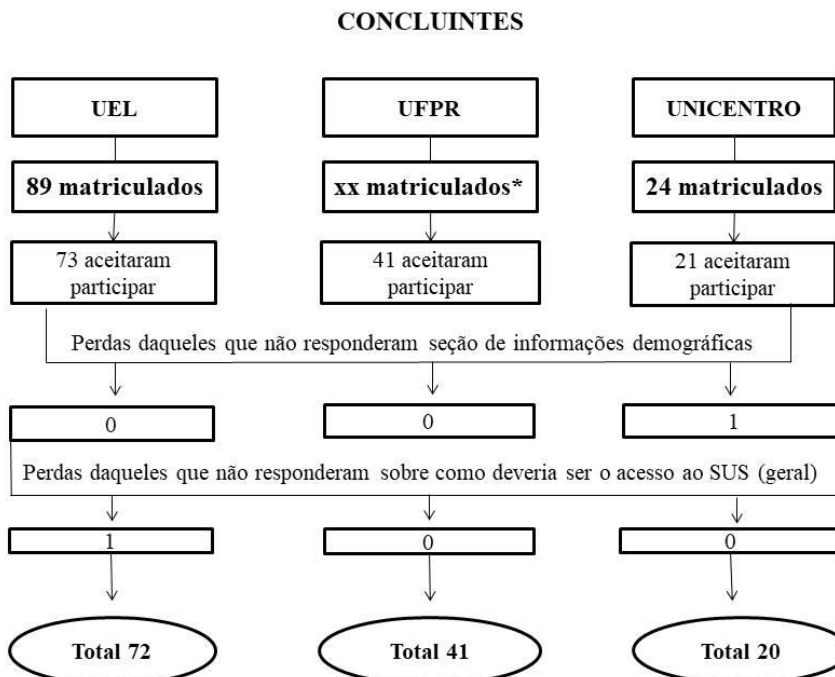
Dos 373 estudantes que responderam ao questionário, 17 foram excluídos pelo critério estabelecido, ou seja, os ingressantes que estavam repetindo o primeiro ano totalmente ou retidos em alguma disciplina. Houve cinco “perdas” entre os estudantes que não responderam a seção de questões relacionadas às informações demográficas (quatro entre os ingressantes e um entre os concluintes) e também duas em função da não resposta à questão central do trabalho (sobre como deveria ser o acesso aos SUS, de maneira geral), sendo excluídos um ingressante e um concluinte. Assim, para este estudo foram considerados dados de 349 estudantes, sendo 216 ingressantes e 133 concluintes. As figuras abaixo mostram de quais universidades foram as exclusões e as perdas para ingressantes e concluintes.

Figura 1 - Fluxograma de participação dos ingressantes nos cursos de bacharelado em Educação Física das três universidades nesta pesquisa.



Fonte: A autora.

Figura 2 - Fluxograma de participação dos concluintes dos cursos de bacharelado em Educação Física das três universidades nesta pesquisa.



* Não conseguimos obter esta informação junto à instituição

Fonte: A autora.

3.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Foi elaborado um questionário semiestruturado (apêndice B), que contou com as seguintes seções: Percepções sobre o SUS, Perspectivas de atuação profissional e a seção de Informações Sociodemográficas. As variáveis centrais desta pesquisa envolveram duas questões relacionadas ao acesso ao SUS. A primeira relacionada ao acesso ao SUS de maneira geral, buscando compreender a visão dos estudantes sobre o princípio da universalidade. A segunda relacionou o acesso de forma mais específica, elencando 11 serviços/ações oferecidas pelo SUS, para compreender a visão dos estudantes sobre a integralidade e verificar o quanto eles consideram que deveria ser a abrangência do SUS, se restrito aos serviços de urgência e emergência ou mais amplo.

Na primeira questão sobre o acesso buscou-se avaliar, de maneira mais genérica, a visão dos estudantes sobre quem deveria ter direito ao acesso ao SUS. Para isso, cada aluno deveria, após ler o seguinte enunciado: “Em geral, você acredita que o Brasil (assinale somente uma alternativa)”:

- 1) Não deveria ter serviços públicos de saúde e cada pessoa deveria arcar com os custos de seus atendimentos em saúde.
- 2) Deveria ter serviços públicos de saúde para atender as pessoas que não podem pagar por atendimentos de saúde, enquanto as pessoas com condições financeiras deveriam pagar planos privados de saúde ou pagar individualmente pelos serviços de saúde;
- 3) Deveria investir na construção de serviços públicos de saúde que atendessem com qualidade todas as pessoas, independente da classe econômica.

Considerou-se que a primeira opção reflete a visão de SUS “para ninguém”, a segunda de SUS “para pobres” e a terceira de SUS “para todos”. Para a elaboração desta questão, etapas importantes foram realizadas no sentido de buscar o seu aprimoramento, de modo que as opções fossem claras e refletissem a visão de cada aluno (SUS “para ninguém”, SUS “para pobres” e SUS “para todos”).

Entre as ações para esta construção, foi solicitada a avaliação das opções por um grupo de estudos relacionados à temática Educação Física e Saúde Coletiva da UEL, que contava com alunos de graduação e pós-graduação das duas áreas; a realização de um trabalho de conclusão de curso com ingressantes e concluintes de uma das universidades (GONÇALVES, 2016); consulta a 12 professores doutores das áreas de Educação Física ou Saúde Coletiva, com produção na área da Saúde Coletiva, por meio de questionário eletrônico (*google forms*).

Este questionário abrangeu perguntas quanto à clareza e adequação das opções, bem como um espaço para eventuais sugestões de melhoria da redação das opções, sendo que após a análise das respostas, além da adequação de alguns termos para que as opções de resposta ficassem mais claras e objetivas, houve aqueles que indicaram a importância de uma avaliação por serviços específicos, o que resultou na elaboração da segunda questão-chave desta pesquisa. Também foi realizado um pré teste do instrumento com dezenove estudantes do segundo ano do curso de bacharelado em Educação Física da UEL, com objetivo de verificar o tempo que seria necessário para aplicação do instrumento e o nível de compreensão dos estudantes. Nesta etapa, observou-se que o tempo médio de aplicação ficaria em torno de 15 a 20 minutos e os estudantes não referiram dificuldades no preenchimento do instrumento.

Para a segunda questão, sobre o acesso ao SUS de maneira mais específica, foi elaborado um quadro com 11 ações/serviços oferecidos pelo SUS para que cada estudante assinalasse se, na sua visão, cada ação/serviço deveria ser oferecido “para todos”, “para quem não pode pagar” (para pobres) ou “para ninguém”, seguindo a mesma lógica da questão anterior (geral), mas desta vez com cada serviço/ação de maneira separada. Os seguintes serviços/ações foram apresentados em ordem alfabética: acompanhamento de pessoas com doenças crônicas; acompanhamento psicológico; acompanhamento de gestantes (pré-natal); atendimento domiciliar para pessoas com dificuldade de locomoção; atendimento odontológico; atendimento de urgência e emergência; fisioterapia; fornecimento de medicamentos; programas de práticas corporais/atividade física (PCAF); vacinação para crianças e adolescentes e vacinação para adultos.

As variáveis analisadas incluíram: características demográficas (sexo, idade, raça/cor, se cursou ensino médio em escola pública ou privada e escolaridade dos pais); avaliação do SUS e acesso aos serviços de saúde (se tinham plano privado de saúde, se utilizou os serviços do SUS nos últimos 12 meses); perspectivas de atuação profissional (se se sentia informado sobre as possibilidades de atuação do PEF no SUS e se após a formação inicial pretendiam atuar no SUS - em Unidades Básicas de Saúde, em hospitais que atendem o SUS e/ou em Centros de Atenção Psicossocial).

3.6 ANÁLISE DOS DADOS

Para análise dos dados foi utilizada estatística descritiva, os dados foram duplamente digitados e corrigidas as inconsistências encontradas. Todos os dados foram analisados no

Programa SPSS versão 19.0. Realizou-se teste do qui-quadrado, adotando-se um nível de significância de 5%, para as seguintes análises:

- a) verificar as possíveis diferenças nas características demográficas, perfil de utilização e avaliação sobre o SUS, conhecimento sobre as possibilidades e perspectivas de atuação do profissional de Educação Física no SUS entre ingressantes e concluintes;
- b) verificar as possíveis diferenças na proporção de estudantes, segundo variáveis demográficas, de perfil de utilização e avaliação do SUS, conhecimento sobre as possibilidades e perspectivas de atuação do profissional de Educação Física no SUS, que consideram que o acesso ao SUS deveria ser “para todos” (na pergunta “geral” sobre esta questão);
- c) verificar as possíveis diferenças na proporção, segundo variáveis demográficas, de perfil de utilização e avaliação do SUS, conhecimento sobre as possibilidades e perspectivas de atuação do profissional de Educação Física no SUS, que consideram que o acesso ao SUS deveria ser “para todos” (na pergunta “geral” sobre esta questão) entre ingressantes e concluintes;
- d) verificar as possíveis diferenças entre a proporção de ingressantes e concluintes que consideraram que o acesso a cada serviço/ação específica deveria ser “para todos”;
- e) verificar possíveis diferenças na proporção de estudantes ingressantes e concluintes que responderam SUS “para todos” na questão “geral” e que responderam “para todos” nas 11 ações/serviços versus aqueles que responderam que ao menos uma das ações/serviços não deveria ser “para todos”, de maneira geral e estratificada por ingressantes e concluintes.

4 RESULTADOS

A tabela 1 apresenta as características demográficas, perfil de utilização e avaliação sobre o SUS, conhecimento sobre possibilidades de atuação do PEF no SUS e perspectivas de atuação profissional no SUS dos estudantes ingressantes e concluintes dos cursos de bacharelado em Educação Física. Considerando toda a população, observou-se que a maioria era do sexo masculino (65,9%), se auto declarou de cor amarela/branca (70,2%), fez o ensino médio totalmente em escola pública (66,8%) e referiu que os pais não tinham ensino superior (59,4% em relação a escolaridade da mãe e 70,8% ao pai). Não foram observadas diferenças significativas nas características demográficas de ingressantes e concluintes. Quanto à avaliação sobre o SUS, 45,4% avaliou como regular, e sobre a utilização, a maioria indicou que utilizou algum atendimento no SUS (ou acompanhou alguém em atendimento) nos últimos 12 meses (68,4%) e tem plano privado de saúde (53,4%). Quando perguntado se o(a) estudante se sentia informado(a) sobre as possibilidades de atuação do PEF no SUS, 46,8% se sente parcialmente informado(a) e, quanto à intenção de atuar no SUS, 41,1% respondeu que pretende atuar.

Quando comparamos ingressantes e concluintes houve maior proporção de concluintes que ingressantes que consideraram o SUS como bom/muito bom (45,7% e 15% respectivamente, $p < 0,001$). Do mesmo modo havia maior quantidade de concluintes que referiram utilizar algum atendimento no SUS (ou acompanhar alguém em atendimento) nos últimos 12 meses (76,5% e 63,4% entre os ingressantes, $p = 0,011$) e também maior proporção de concluintes que se sentia totalmente informado (a) sobre as possibilidades de atuação do PEF no SUS (24% e 1,9% entre ingressantes, $p < 0,001$). Na questão relacionada a ter ou não ter plano privado de saúde não houve diferença entre os resultados de ingressantes e concluintes. Sobre as possibilidades de atuação profissional no SUS, não foi identificada diferença estatística significativa entre ingressantes e concluintes. Entretanto, é importante destacar que 40,2% dos ingressantes e 42,5% dos concluintes afirmaram que “provavelmente” ou “com certeza” pretendem atuar no SUS após a graduação (tabela 1).

Tabela 1 - Características demográficas, perfil de utilização e avaliação sobre o SUS, conhecimento sobre possibilidades e perspectivas de atuação do Profissional de Educação Física no SUS dos estudantes ingressantes e concluintes.

VARIÁVEIS	TODOS		INGRESSANTES		CONCLUINTES		p*
	n	%	n	%	n	%	
Todos	349	100	216	61,9	133	38,1	
Sexo							
Feminino	119	34,1	66	30,6	53	39,8	0,075
Masculino	230	65,9	150	69,4	80	60,2	
Raça/cor							
Amarela/branca	245	70,2	144	66,7	101	75,9	0,066
Parda/preta	104	29,8	72	33,3	32	24,1	
Escola onde fez ensino médio							
Totalmente Pública	233	66,8	136	63,0	97	73,0	0,074
Totalmente Particular	99	28,4	66	30,5	33	24,8	
Parcial pública/particular	17	4,9	14	6,5	3	2,2	
Escolaridade da mãe							
Até ensino médio completo	205	59,4	119	56,1	86	64,7	0,116
Ensino superior	140	40,6	93	43,9	47	35,3	
Escolaridade do pai							
Até ensino médio completo	240	70,8	146	68,9	94	74,0	0,313
Ensino superior	99	29,2	66	31,1	33	26	
Como avalia o SUS							
Bom/muito bom	90	26,7	31	15,0	59	45,7	<0,001
Regular	153	45,4	100	48,0	53	41,1	
Ruim/muito ruim	94	27,9	77	37,0	17	13,2	
Nos últimos 12 meses, usou ou acompanhou alguém em um atendimento realizado no SUS							
Sim	238	68,4	137	63,4	101	76,5	0,011
Não	110	31,6	79	36,6	31	23,5	
Tem plano privado de saúde							
Sim	186	53,4	118	54,9	68	51,1	0,495
Não. Só utiliza o SUS	162	46,6	97	45,1	65	48,9	
Se sente informado (a) sobre as possibilidades de atuação do PEF no SUS							
Totalmente	36	10,3	4	1,9	32	24,0	<0,001
Parcialmente	163	46,8	82	38,1	81	61,0	
Não	149	42,8	129	60,0	20	15,0	
Pretende atuar na saúde pública							
Não	195	58,9	122	59,8	73	57,5	0,676
Sim**	136	41,1	82	40,2	54	42,5	

Fonte: A Autora.

* relativo ao valor do teste do qui-quadrado em relação às diferenças entre ingressantes e concluintes.

**Aqueles que responderam que pretendem atuar em ao menos uma das opções: Unidades Básicas de Saúde, hospitais que atendem SUS ou Centro de Atendimento Psicossocial.

A tabela 2 apresenta a proporção de estudantes (total e segundo variáveis demográficas, de avaliação e utilização do SUS e de conhecimento e perspectiva de atuação profissional no SUS), que consideraram que o acesso ao SUS deveria ser “para ninguém”, “para pobres” e “para todos”. Observa-se que a maioria (85,4%) dos estudantes respondeu que o acesso ao SUS deveria ser “para todos”, seguido de 12,9% que indicou a opção “SUS para pobres” e 1,7% indicou “SUS para ninguém”. Entre os estudantes que consideraram que o acesso deveria ser “para todos” não foi observada diferença estatística significativa em nenhuma das variáveis da tabela 2.

Tabela 2 - Proporção de estudantes, total e segundo características demográficas, perfil de utilização e avaliação sobre o SUS, conhecimento sobre possibilidades e perspectivas de atuação do Profissional de Educação Física no SUS dos estudantes que consideram que o acesso ao SUS deveria ser “para ninguém”, “para pobres” e “para todos”.

Variáveis	Todos	SUS para ninguém		SUS para pobres		SUS para Todos		p*
		n	%	n	%	n	%	
Todos	349	6	1,7	45	12,9	298	85,4	
Sexo								
Feminino	119	1	0,9	18	15,1	100	84,0	0,607
Masculino	230	5	2,2	27	11,7	198	86,1	
Raça/cor								
Amarela/Branca	245	4	1,6	32	13,1	209	85,3	0,948
Parda/Preta	104	2	1,9	13	12,5	89	85,6	
Escola onde fez ensino médio								
Totalmente Pública	233	5	2,1	34	14,6	194	83,3	0,120
Totalmente Particular	99	1	1,0	11	11,1	87	87,9	
Parcial	17	0	0	0	0	17	100,0	
Pública/Particular								
Escolaridade da Mãe								
Até Médio Completo	205	6	2,9	29	14,2	170	82,9	0,147
Superior	140	0	0	16	11,4	124	88,6	
Escolaridade do Pai								
Até Médio Completo	240	4	1,7	33	13,7	203	84,6	0,589
Superior	99	2	2,0	11	11,1	86	86,9	
Como avalia o SUS								
Bom/muito bom	90	0	0	9	10,0	81	90,0	0,284
Regular	153	0	0	21	13,7	132	86,3	
Ruim/muito ruim	94	4	4,3	13	13,8	77	81,9	
Nos últimos 12 meses, usou ou acompanhou alguém em um atendimento realizado no SUS								
Sim	238	2	0,8	29	12,2	207	87,0	0,206
Não	110	4	3,6	16	14,6	90	81,8	
Tem plano privado de saúde								
Sim	186	5	2,7	22	11,8	159	85,5	0,937
Não (Só utiliza SUS)	162	1	0,6	23	14,2	138	85,2	
Se sente informado (a) sobre as possibilidades de atuação do PEF no SUS								
Totalmente	36	0	0	1	2,8	35	97,2	0,100
Parcialmente	163	4	2,5	23	14,1	136	83,4	
Não	149	2	1,3	21	14,1	126	84,6	
Pretende atuar na saúde pública								
Não	195	3	1,6	26	13,3	166	85,1	0,819
Sim**	136	2	1,5	17	12,5	117	86,0	

Fonte: A autora.

*relativo ao valor do teste do qui-quadrado em relação às diferenças entre as categorias das variáveis na proporção de resposta de SUS “para todos”.

**Aqueles que responderam que pretendem atuar em ao menos uma das opções: Unidades Básicas de Saúde, hospitais que atendem SUS ou Centro de Atendimento Psicossocial.

A tabela 3 segue lógica semelhante à da tabela 2, mas desta vez apresentando os dados estratificados para ingressantes e concluintes. Observa-se que a maioria dos ingressantes e dos concluintes considerou que o acesso deveria ser “para todos”, não havendo, de maneira geral, diferença entre ingressantes e concluintes (82,9% dos ingressantes e 89,5% dos concluintes; $p=0,090$). No entanto, quando analisadas as variáveis independentes da tabela, observou-se que houve maior proporção significativa do sexo feminino, para aqueles que tinham cursado

ensino médio somente em escola pública, que referiram que o pai tinha escolaridade até ensino médio completo e aqueles que se sentiam totalmente informados sobre as possibilidades de atuação do PEF no SUS. A opção “SUS para ninguém” foi indicada por poucos ingressantes e concluintes (1,8% e 1,5% respectivamente), e na opção “SUS para pobres” as proporções foram de 15,3% entre os ingressantes e 9,0% entre os concluintes (tabela 3).

Tabela 3 - Proporção de estudantes ingressantes e concluintes, total e segundo características demográficas, perfil de utilização e avaliação sobre o SUS, conhecimento sobre possibilidades e perspectivas de atuação do Profissional de Educação Física no SUS, que consideram que o acesso ao SUS deveria ser “para ninguém”, “para pobres” e “para todos”.

Variáveis	SUS para Ninguém				SUS para Pobres				SUS para Todos				p*
	Ingressantes		Concluintes		Ingressantes		Concluintes		Ingressantes		Concluintes		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Todos	4	1,8	2	1,5	33	15,3	12	9,0	179	82,9	119	89,5	0,090
Sexo													
Feminino	1	1,5	0	0	14	21,2	4	7,5	51	77,3	49	92,5	0,025
Masculino	3	2	2	2,5	19	12,7	8	10	128	85,3	70	87,5	0,651
Raça/Cor													
Amarela/Branca	2	1,4	2	2	22	15,3	10	9,9	120	83,3	89	88,1	0,298
Parda/Preta	2	2,8	0	0	11	15,3	2	6,2	59	81,9	30	93,8	0,114
Escola onde fez ensino médio													
Totalmente Pública	4	2,9	1	1	26	19,1	8	8,3	106	78	88	90,7	0,010
Totalmente Particular	0	0	1	3	7	10,6	4	12,1	59	89,4	28	84,9	0,514
Parcial Pública/Particular	0	0	0	0	0	0	0	0	14	100	3	100	-
Escolaridade do pai													
Até ensino médio completo.	2	1,4	2	2,1	26	17,8	7	7,5	118	80,8	85	90,4	0,044
Ensino superior	2	3	0	0	6	9,1	5	15,2	58	87,9	28	84,8	0,674
Escolaridade da mãe													
Até ensino médio completo.	4	3,4	2	2,3	21	17,6	8	9,3	94	79,0	76	88,4	0,078
Ensino superior	0	0	0	0	12	12,9	4	8,5	81	87,1	43	91,5	0,440
Tem Plano Privado de Saúde													
Sim	3	2,5	2	2,9	17	14,4	5	7,4	98	83,1	61	89,7	0,215
Não (utiliza só o SUS)	1	1	0	0	16	16,5	7	10,8	80	82,5	58	89,2	0,235
Como Avalia o SUS													
Bom/Muito bom	0	0	0	0	4	12,9	5	8,5	27	87,1	54	91,5	0,506
Regular	0	0	0	0	16	16,0	5	9,4	84	84,0	48	90,6	0,261
Ruim/Muito ruim	3	3,9	1	5,9	11	14,3	2	11,8	63	81,8	14	82,3	0,959
Nos últimos 12 meses, usou ou acompanhou alguém em um atendimento realizado no SUS													
Sim	2	1,5	0	0	18	13,1	11	10,9	117	85,4	90	89,1	0,401
Não	2	2,5	2	6,5	15	19	1	3,2	62	78,5	28	90,3	0,147
Se sente informado (a) sobre as possibilidades de atuação do PEF no SUS													
Totalmente	0	0	0	0	1	25,0	0	0	3	75,0	32	100	0,004
Parcialmente	2	2,4	2	2,5	15	18,3	8	9,9	65	79,3	71	87,6	0,150
Não	2	1,5	0	0	17	13,2	4	20,0	110	85,3	16	80,0	0,544
Pretende atuar na saúde pública													
Não	2	1,6	1	1,4	20	16,4	6	8,2	100	82	66	90,4	0,109
Sim**	2	2,5	0	0	12	14,6	5	9,3	68	82,9	49	90,7	0,198

Fonte: A autora.

*relativo ao valor do teste do qui-quadrado em relação às diferenças entre ingressantes e concluintes em cada categoria das variáveis na proporção de resposta de SUS “para todos”.

**Aqueles que responderam que pretendem atuar em ao menos uma das opções: Unidades Básicas de Saúde, hospitais que atendem SUS ou Centro de Atendimento Psicossocial.

A tabela 4 apresenta as proporções de estudantes ingressantes e concluintes que consideraram que o acesso a cada um dos 11 serviços/ações elencadas neste estudo deveria ser “para ninguém”, “para pobres” ou “para todos”, considerando somente os que responderam que o acesso ao SUS deveria ser “para todos” na questão “genérica” sobre o acesso ao SUS (n= 298). Para todos os serviços a maioria dos estudantes considerou que deveriam ser oferecidos “para todos”. A ação/serviço com menor proporção de “para todos”, tanto em ingressantes, quanto concluintes, foi “fisioterapia” (58,2% e 69,9% respectivamente).

Vale mencionar ainda que o atendimento odontológico e o fornecimento de medicamentos tiveram frequência menor de 70% entre estudantes ingressantes que consideraram que deveria ser “para todos”. Entre os concluintes, o único serviço que teve frequência menor que 70% de respostas “para todos” foi a fisioterapia. Por outro lado, a ação/serviço com maior proporção de ingressantes e concluintes que considerou que deveria ser de acesso “para todos” foi serviços de urgência e emergência (94,9% entre ingressantes e 96,2% entre concluintes).

Quando observada as diferenças nas proporções de resposta de acesso “para todos” em cada ação/serviço entre ingressantes e concluintes, observou-se diferença em relação ao acompanhamento psicológico ($p=0,033$), atendimento domiciliar para pessoas com dificuldade de locomoção ($p=0,045$) e programas de Práticas Corporais/Atividade Física ($p=0,047$), sendo maior, nestas ações/serviços, a proporção de estudantes concluintes que consideraram que deveria ser de acesso “para todos”. A ação/serviço citado com maior proporção de respostas “para pobres” foi fisioterapia, tanto entre ingressantes (39%) quanto entre concluintes 29,3% (tabela 4).

Tabela 4 - Proporção de estudantes ingressantes e concluintes que considerou que o acesso à cada uma das ações/serviços deveria ser “para ninguém”, “para pobres” e “para todos”, considerando somente os que responderam que o acesso ao SUS deveria ser “para todos” na questão “genérica” sobre o acesso ao SUS (n= 298).

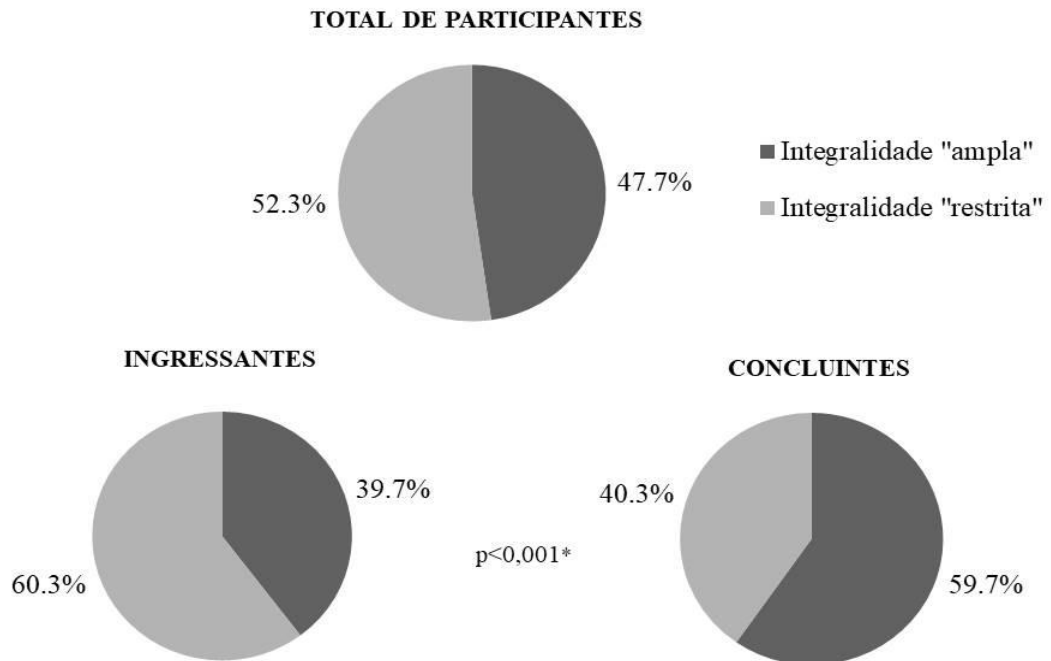
Serviços/Ações	Para Ninguém				Para Pobres				Para Todos				p*
	Ingressantes		Concluintes		Ingressantes		Concluintes		Ingressantes		Concluintes		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Acompanhamento de pessoas com DCNT	2	0,9	1	0,7	19	8,9	7	5,3	194	90,2	125	94,0	0,139
Acompanhamento Psicológico	5	2,3	1	0,8	45	20,8	21	15,9	166	76,9	110	83,3	0,033
Acompanhamento de Gestantes (Pré-Natal)	2	1	1	0,8	33	15,6	10	7,5	176	83,4	122	91,7	0,162
Atendimento domiciliar pessoas dificuldade locomoção	1	0,5	2	1,5	55	25,5	24	18,0	159	74	107	80,5	0,045
Atendimento Odontológico	5	2,3	1	0,8	75	35,0	35	26,3	134	62,7	97	72,9	0,155
Urgência e Emergência	1	0,5	1	0,8	10	4,6	4	3	204	94,9	128	96,2	0,124
Fisioterapia	6	2,8	1	0,8	83	39,0	39	29,3	124	58,2	93	69,9	0,440
Fornecimento Medicamento	3	1,4	1	0,7	81	37,5	34	25,6	132	61,1	98	73,7	0,172
Programas de Práticas Corporais/Atividade Física	3	1,4	2	1,5	46	21,3	19	14,3	167	77,3	112	84,2	0,047
Vacinação para crianças/adolescentes	1	0,5	1	0,7	15	6,9	5	3,8	200	92,6	127	95,5	0,221
Vacinação para Adultos	1	0,5	1	0,8	26	12,0	12	9,0	189	87,5	120	90,2	0,585

Fonte: A autora.

* Relativo ao valor do teste do qui-quadrado em relação à diferença entre SUS para todos e SUS para ninguém/pobres para cada uma das ações/serviços entre ingressantes e concluintes.

A figura 3 apresenta a proporção total de estudantes, considerando somente aqueles que responderam “para todos” (n=298) à questão “geral” sobre o acesso ao SUS, e também separando ingressantes e concluintes, que consideraram que o acesso deveria ser “para todos” nas 11 ações/serviços elencados neste estudo.

Figura 3 - Relação entre estudantes ingressantes e concluintes que optaram pela resposta “SUS para todos” na questão genérica sobre acesso (n =298) ao SUS e os 11 serviços/ações oferecidos pelo SUS.



*O valor de p se refere à comparação entre ingressantes e concluintes.

Fonte: A autora.

Consideramos que aqueles que responderam “para todos” nas 11 ações/serviços têm uma visão mais “ampla” a respeito da integralidade e, aqueles que responderam que ao menos uma das ações/serviços deveria ser “para pobres” ou “para ninguém”, uma visão mais “restrita”. Observa-se que, considerando todos os estudantes, menos da metade (47,7%) apresentou uma visão “ampla” sobre a integralidade dos serviços, ou seja, respondeu que todas as ações/serviços deveriam ser “para todos”, sendo esta proporção maior entre os concluintes (59,7%) do que entre os ingressantes (39,7%), diferença esta significativa ($p < 0,001$).

5 DISCUSSÃO

O principal objetivo desta pesquisa foi verificar a visão de estudantes do curso de bacharelado em Educação Física de três universidades públicas do Paraná sobre como deveria ser o acesso ao SUS de modo geral, e em serviços/ações específicos, com a intenção de refletir sobre aspectos relacionados aos princípios da universalidade e da integralidade. Os principais resultados evidenciaram que, para a maioria (85,4%) dos estudantes o acesso ao SUS deve ser “para todos”, independente da classe econômica ou social, sem diferença significativa entre ingressantes e concluintes. Apesar disso, quase 13% considera que este acesso deve ser apenas para quem não pode pagar, ou seja, têm uma visão de SUS “para pobres”. Quanto ao acesso de forma mais específica, considerando o total de estudantes, menos da metade apresentou o que consideramos uma visão “ampla” sobre a integralidade, e quando estratificado entre ingressantes e concluintes, houve diferença significativa, com uma visão mais ampla dos concluintes.

No SUS, a universalidade é o princípio finalístico que legalmente garante o acesso irrestrito aos serviços e ações de saúde a toda a população brasileira (FIOCRUZ, 2019; GIOVANELLA *et al.*, 2018). Os resultados da presente pesquisa mostram que os estudantes investigados, pelo menos na questão mais genérica sobre o acesso ao SUS, parecem concordar com este princípio, uma vez que foi elevada a proporção (em torno de 85%) dos que responderam que o acesso ao SUS deveria ser “para todos”, sendo que não houve diferença significativa nesta proporção entre ingressantes e concluintes.

Mesmo que aproximadamente 85% dos estudantes tenha indicado defender um sistema universal de saúde, não é desprezível que quase 13% dos estudantes tenham respondido, na questão geral sobre acesso, que o Brasil “deveria ter serviços públicos de saúde para atender as pessoas que não podem pagar por atendimentos de saúde, enquanto as pessoas com condições financeiras deveriam pagar planos privados de saúde ou pagar individualmente pelos serviços de saúde”, ou seja, acreditam que o acesso ao SUS deveria ser exclusivamente “para pobres”. Este resultado evidencia que alguns estudantes têm uma percepção estigmatizada sobre a utilização do SUS.

Esta visão também foi encontrada em um estudo que observou que mesmo para aqueles que tiveram uma boa experiência com os serviços públicos de saúde, o bom atendimento é relacionado à “sorte”, e que os serviços públicos de saúde são direcionados àqueles que não podem pagar por serviços privados. Os autores do estudo citado concluíram que, para a população investigada a utilização dos serviços do SUS está relacionada à

sensação de vergonha e associada a um estigma social (REIGADA; ROMANO, 2018). Tanto a visão quanto a avaliação mais positiva entre concluintes do que entre ingressantes sobre o SUS, pode ser devido aos conteúdos trabalhados sobre esta questão nos cursos de graduação, inclusive com o intuito de evidenciar aspectos positivos do SUS que muitas vezes são negligenciados pela mídia (MORAES *et al.*, 2017).

A visão de “SUS para pobres” vem sendo construída e sedimentada no imaginário da população de diversas maneiras. Seja por meio do teor e da forma negativa como são apresentadas as notícias na mídia a respeito dos serviços prestados pelo SUS, pelas forças políticas, por gestores e profissionais da área, bem como pela expansão do capital financeiro que pressiona os governos em todas as esferas a transformar cidadãos em consumidores e a saúde em mercadoria (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018; PAIM, 2018; RIZZOTTO, 2018). Além disso, obstáculos à integração das redes de atenção à saúde acabam por provocar dificuldades no atendimento à população levando a falhas na integralidade do cuidado, invalidando a dimensão e a importância do sistema para a população como um todo (VASCONCELOS; PASCHE, 2006).

Nossos achados indicam também que a noção de integralidade não parece estar bem estabelecida entre os estudantes investigados, pois mesmo se limitando a análise daqueles que haviam respondido, na questão geral sobre o acesso ao SUS, a opção “para todos”, menos da metade destes apresentou uma visão “ampla” sobre os serviços/ações que deveriam ser oferecidos para todos, respondendo que o acesso deveria ser universal em todos os 11 serviços/ações específicas elencados nesta pesquisa. Este resultado pode indicar que, tanto ingressantes quanto concluintes, pouco sabem sobre o funcionamento do SUS, como ele se organiza e como se daria a atuação do profissional de Educação Física neste campo de atuação, conforme encontrado também no estudo de Manske e Oliveira (2017) que verificou o conhecimento de concluintes de uma universidade de Santa Catarina a respeito da atuação do PEF no SUS.

Quando comparada esta proporção entre ingressantes e concluintes, observamos diferença de cerca de 20 pontos percentuais, sendo maior a proporção desta visão mais “ampla” sobre integralidade entre os concluintes. Este resultado, assim como o relativo à utilização e avaliação do SUS, pode ser devido à influência do curso na visão que os estudantes apresentaram sobre a integralidade na saúde pública, uma vez que durante a graduação os concluintes tiveram contato com conteúdos e conhecimentos relacionados ao SUS que os ingressantes não têm ao iniciar o curso, conforme mencionado na seção de métodos que as três universidades possuem entre as disciplinas ministradas, algumas, mesmo

que poucas, relacionando às PCAF com o SUS. Neste contexto, destaca-se a importância do cumprimento das DCNs em Educação Física na perspectiva da abordagem dos conteúdos relacionados à saúde coletiva na formação de PEF.

Um resultado que chamou a atenção foi referente ao acesso às PCAF, em que 21,3% dos ingressantes e 14,3% dos concluintes consideraram que o acesso deveria ser apenas para quem não pode pagar por serviços privados. Considerando que a amostra desta pesquisa foi formada por estudantes de Educação Física, que têm as PCAF como seu objeto de estudo e atuação, este dado evidencia que ainda está presente a visão de que as PCAF são uma “mercadoria” e não um fator condicionante e determinante de saúde, como aponta a lei brasileira (BRASIL, 2013). Assim, torna-se necessário intensificar e qualificar a noção de que o acesso às PCAF também é direito de todos.

De qualquer modo, há de se ponderar que a inserção das PCAF nas políticas públicas é relativamente recente, e que o acesso a estes programas ainda é baixo e tem um alcance limitado entre a população, alcançando pessoas mais pobres e principalmente mulheres acima dos 50 anos segundo Loch, Rodrigues e Teixeira (2013) e Ferreira *et al.* (2019), apesar de estes programas terem atingido um perfil de pessoas que, historicamente não tinham acesso às PCAF. Ademais, não se pode ignorar que o acesso a estas práticas ainda é desigual, variando de acordo com o sexo, com as condições econômicas e de escolaridade sendo que os homens brancos, com maior escolaridade e renda têm maior acesso às PCAF no setor privado e tendem a ser mais ativos fisicamente que pessoas mais pobres, não brancas e com menos anos de estudo (ORLIZ; DUMITH; KNUTH, 2020; PNUD, 2017).

Observamos neste estudo que aqueles sujeitos que relataram ter utilizado algum atendimento do SUS nos últimos 12 meses, também foram os que tiveram uma avaliação mais positiva do SUS (bom/muito bom). Resultado semelhante foi observado no estudo do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) realizado em 2011 por meio do sistema de indicadores de percepção social para o setor da saúde, quando os entrevistados que tiveram alguma experiência com atendimentos oferecidos pelo SUS nos últimos 12 meses também foram os que apresentaram maior proporção de avaliação positiva em relação aos SUS (IPEA, 2011).

Os resultados da presente pesquisa mostram o quanto ainda é preciso legitimar entre os futuros profissionais da saúde, neste caso da Educação Física, a importância de uma visão ampliada de saúde e das PCAF, da integralidade no atendimento e de pensar além do olhar biomédico, fornecendo assim, elementos para a reflexão sobre a formação deste profissional, pois se nem aqueles que têm a inserção de sua profissão no contexto do SUS justificadas pela

integralidade tiverem uma visão que compreenda a importância deste princípio, inclusive para a prevenção de doenças e promoção da saúde, será mais difícil superar a ideia de um sistema público pobre para pessoas pobres. Os resultados do estudo de Manske e Oliveira (2017), também indicam que o entendimento dos estudantes a respeito do SUS ainda se encontra frágil e questionam se os cursos de graduação têm oportunizado saberes e práticas suficientes sobre o SUS a estes futuros profissionais, pois essa fragilidade no conhecimento torna-se obstáculo para compreender as características que constituem o SUS e a atuação profissional na saúde pública, gerando resistência dos recém-formados aos progressos e evoluções tão necessários à saúde pública no Brasil.

Por isso, é importante que os cursos de graduação da área da saúde, não apenas da Educação Física, tenham conteúdos e experiências que proporcionem conhecimento a cerca dos princípios do SUS e da saúde coletiva, e uma compreensão da complexidade da promoção da saúde não somente para quem pretende atuar na saúde pública, mas também para aqueles que atuarão no contexto particular, pois este aprendizado ressalta pontos importantes como a integralidade no cuidado bem como a humanização da assistência, além de contrapesar estruturas curriculares com o intuito de não priorizar o olhar biomédico em detrimento de outros aspectos importantes da vida como o histórico, o econômico, o social e o cultural, (LOCH, 2015; OLIVEIRA; ANDRADE, 2016; OLIVEIRA; GOMES, 2019).

Esta pesquisa apresenta algumas limitações, como por exemplo, o corte transversal, que não permite termos certeza sobre o fato de as diferenças observadas em algumas variáveis entre ingressantes e concluintes terem ocorrido pela influência do curso, pois não é possível saber se a visão dos concluintes era diferente da visão que estes alunos tinham quando eram ingressantes. Também não se obteve dados de estudantes de outros cursos de graduação da área da saúde, pois a opção por estudar a visão de estudantes de Educação Física deveu-se pela recente inserção desta profissão no SUS, visto que as PCAF foram consideradas como condicionantes e determinantes de saúde pela Política Nacional de Promoção da Saúde em 2006 (BRASIL, 2014b) tendo isso reforçado pela lei 12.864/2013 em 2013 (BRASIL, 2013) e a inserção deste profissional no SUS iniciada por meio dos NASFs em 2008 (BRASIL, 2008).

Outro ponto a ser destacado é relativo às perdas, mas há de se destacar neste caso que estas foram relativamente pequenas e que buscamos fazer um censo com os alunos ingressantes e concluintes das três universidades, não se usando técnicas de amostragem probabilísticas. Por outro lado, há de se destacar a originalidade do trabalho e o cuidado na construção do instrumento, que buscou avaliar a visão dos alunos sobre como deveria ser o acesso aos serviços de saúde.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Segundo os objetivos e resultados encontrados nesta pesquisa, para a maioria dos estudantes que participou deste estudo, o acesso ao SUS deve ser “para todos”, defendendo assim o princípio da universalidade, não havendo diferenças significativas entre ingressantes e concluintes dos cursos de bacharelado em Educação Física. Porém, quando analisado pelas variáveis independentes, ficou evidente que, entre os concluintes, houve maior proporção de respostas “para todos”, quanto ao acesso geral ao SUS, para o sexo feminino, para quem estudou o ensino médio totalmente em escola pública, para aqueles que o pai tinha até ensino médio completo e para aqueles que se sentiam totalmente informados sobre as possibilidades de atuação do PEF no SUS.

Quanto ao acesso ao SUS de maneira específica, alguns serviços/ações elencados neste estudo tiveram mais de 90% de resposta “para todos” tanto entre ingressantes quanto entre concluintes: atendimento a pessoas com doenças crônicas não transmissíveis, serviços de urgência e emergência e vacinação para crianças. Entretanto, alguns serviços/ações tiveram menos de 70% de resposta “para todos”. Entre os ingressantes, foram os serviços de atendimento odontológico, fisioterapia e fornecimento de medicamentos e entre os concluintes, fisioterapia. Além disso, considerando a significância estatística, os concluintes apresentaram uma visão mais ampla sobre o princípio da integralidade nos serviços de atendimento psicológico, atendimento de pessoas com dificuldade de locomoção e programas de PCAF.

Tem-se verificado no Brasil a intensificação de agendas autoritárias e antidemocráticas, norteadas pela transformação de direitos sociais em mercadorias, aumentando a atuação de setores privados nos contextos de serviços sociais e, ao mesmo tempo, propiciando a diminuição da participação do Estado nas políticas sociais, uma forma de retaliação do capital financeiro contra conquistas sociais históricas com resultados ainda não conhecidos.

Os dados observados sobre a visão que os estudantes têm do acesso ao SUS, especialmente a visão sobre o acesso de maneira específica, podem demonstrar o quanto o conceito de mercantilização da saúde pode influenciar a visão que os futuros profissionais têm a respeito dos serviços que podem ser oferecidos na saúde pública e, também, no modo como os egressos irão dirigir sua prática profissional, pensando que a maneira de entender a

complexidade do processo saúde-doença influenciará no processo de tomada de decisão nos campos de trabalho.

Para que ocorram mudanças neste cenário, é imprescindível que os cursos de bacharelado em Educação Física compreendam a importância da saúde pública para a população brasileira e o quanto os conhecimentos e práticas sobre o SUS são importantes para a formação de profissionais mais conscientes do seu papel na sociedade, pois apesar de terem ocorrido mudanças neste sentido nas políticas públicas e também nas diretrizes curriculares, a visão que grande parte dos estudantes tem a respeito do acesso ao SUS, especificamente a respeito do princípio da integralidade, ainda é bastante frágil. Para tanto, poderiam ser realizados outros estudos com esta temática, não apenas com os estudantes, mas também com os professores que os estão formando, pois a visão destes sobre o SUS impactará na maneira como pensam a formação profissional. Além de estudos que analisem os conteúdos e componentes curriculares específicos da saúde pública/coletiva na formação dos profissionais de Educação Física.

REFERÊNCIAS

- ABRASCO - ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA *et al.* **Carta Aberta:** saúde é um direito social e um dever do Estado. Rio de Janeiro: Abrasco, 2019. Disponível em: https://www.abrasco.org.br/site/wpcontent/uploads/2019/11/Carta_aberta11_11_19.pdf. Acesso em: 11 nov. 2019.
- ALVES, L. R. A dicotomia do princípio da integralidade do SUS. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, Brasília, v. 6, n. 1, p. 153-166, 2017.
- ANDRADE, D. R. Políticas recentes de promoção da atividade física no setor da saúde no Brasil. **Corpoconsciência**, Mato Grosso, v. 15, n. 2, p. 2-6, jul./dez. 2011. Disponível em: <file:///D:/Users/Usuario/Downloads/3533-10641-1-PB.pdf>. Acesso em: 27 nov. 2019.
- BARROS, M. E. D.; PIOLA, S. F. O financiamento dos serviços de saúde no Brasil. *In:* MARQUES, R. M.; PIOLA, S. F.; ROA, A. C. (org.). **Sistema de saúde no Brasil:** organização e financiamento. Rio de Janeiro: ABrES; Brasília: Ministério da Saúde, 2016. p.101-138. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Alejandra_Carrillo_Roa2/publication/309455421_Sistema_de_Saude_no_Brasil_organizacao_e_financiamento/links/5810edb308ae009606be74e9/Sistema-de-Saude-no-Brasil-organizacao-e-financiamento.pdf#page=13. Acesso em: 14 nov. 2019.
- BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: Presidência da República, [2016]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 7 fev. 2020.
- BRASIL. **Lei nº 11.129 de 30 de Junho de 2005**. Institui as residências multiprofissionais e em área profissional da saúde. Brasília: Presidência da República, 2005. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato20042006/2005/Lei/L11129.htm. Acesso em: 6 fev. 2020.
- BRASIL. **Lei nº 12.864 de 24 de setembro de 2013**. Altera o caput do art. 3º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, incluindo a atividade física como fator determinante e condicionante da saúde. Brasília: Presidência da República, 2013.
- BRASIL. **Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 1990.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Agente comunitário de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020a. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/saude-da-familia/agente-comunitario-de-saude>. Acesso em: 10 fev. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2436 de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2017a. Disponível em: http://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/19308123/do1-2017-09-22-portaria-n-2-436-de

21-de-setembro-de-2017-19308031. Acesso em: 11 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 154 de 24 de janeiro de 2008**. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html. Acesso em: 20 fev. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 2.979 de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. **Diário oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ed. 220, p. 97, 13 nov. 2019. Disponível em: <http://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de-2019-227652180>. Acesso em: 16 nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de educação pelo trabalho para a saúde – PET-Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b. Disponível em <http://www.saude.gov.br/component/content/article/674-assuntos/trabalho-e-educacao-na-saude/40522-pet-saude>. Acesso em: 16 dez. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pró-saúde**: Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007. 78p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0323_M.pdf. Acesso em: 13 dez. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Memórias da saúde da família no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Implantação das redes de atenção à saúde e outras estratégias da SAS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao_redes_atencao_saude_sas.pdf. Acesso em: 12 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política nacional de atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf. Acesso em: 10 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Residência multiprofissional em saúde**: experiências, avanços e desafios. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política nacional de promoção da saúde**: PNAPS: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Nota Técnica nº3/2020, de 28 de janeiro de 2020b. Assunto: **Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e Programa Previne Brasil**. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/01/NT-NASF-AB-e-Previne-Brasil-1.pdf>. Acesso em 10 fev 2020.

- BRASIL. Ministério da Educação. Acesso à informação. **Sistema de Regulação do Ensino Superior, e-MEC**. 2020c. Disponível em: <http://emec.mec.gov.br/emec/consulta-cadastro/detalhes-curso/d96957f455f6405d14c6542552b0f6eb/NTcx/9f1aa921d96ca1df24a34474cc171f61/MjE=>. Acesso em: 25 fev 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 99 de 7 de fevereiro de 2020. Redefine registro das Equipes de Atenção Primária e Saúde Mental no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). **Diário oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ed. 29, p. 57, 11 fev. 2020d. Disponível em: <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-99-de-7-de-fevereiro-de-2020-242574079>. Acesso em: 20 fev. 2020.
- CAMPOS, C. M. S.; VIANA, N.; SOARES, C. B. Mudanças no capitalismo contemporâneo e seu impacto sobre as políticas estatais: o SUS em debate. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 24, p. 82-91, 2015. Supl.1.
- CANDIDO, L. O.; ROSSIT, R. A. S.; OLIVEIRA, R. C. Inserção profissional dos egressos de um curso de educação física com ênfase na formação em saúde. **Trabalho Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 305-318, jan./abr. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v16n1/1678-1007-tes-1981-7746-sol00096.pdf>. Acesso em: 24 out. 2019.
- CARVALHO, B. G.; CORDONI JUNIOR, L.; SOUZA, R. K. T.; MARTIN, G. B.; NICOLETTO, S. C. S. A organização do sistema de saúde no Brasil. *In*: ANDRADE, S. M.; CORDONI JUNIOR, L.; CARVALHO, B. G.; GONZALEZ, A. D.; SILVA, A. M. R. (org.). **Bases da saúde coletiva**. 2. ed. rev. e ampl. Londrina: Eduel, 2017. p. 47-92.
- CASTELLANI FILHO, L. Educação Física no Brasil: a história que não se conta. 3ª ed. Campinas, SP: Papirus, 1991. 225p.
- CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. **Resolução nº 6, de 18 de dezembro de 2018**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Educação Física e dá outras providências. Brasília: CNE, 2018.
- CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução nº 218, de 6 de março de 1997**. Reconhece 13 categorias como profissionais de saúde de nível superior. Brasília: CNS, 1997.
- CONILL, E. M. Sistemas comparados de saúde. *In*: CAMPOS, G. W. S.; MINAYO, M. C. S.; DRUMOND JÚNIOR, M.; CARVALHO, Y. M. (org.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006. p. 563-613.
- COSTA, F. F. Novas diretrizes curriculares para os cursos de graduação em Educação Física: oportunidades de aproximações com o SUS? **Revista Brasileira Atividade Física e Saúde**, Florianópolis, v. 24, p. e0067, 2019.
- SCOREL, S. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. *In*: GIOVANELLA, L.; SCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I. (org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. p. 385-434.
- FERREIRA, R. W.; CAPUTO, E. L.; HÄFELE, C. A.; JERÔNIMO, J. S.; FLORINDO, A. A.; KNUTH, A. G.; SILVA, M. C. Acesso aos programas públicos de atividade física no

Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 2, p. e00008618, 2019.

FERREIRA, M. S.; CASTIEL, L. D.; CARDOSO, M. H. C. A. Atividade física na perspectiva da nova promoção da saúde: contradições de um programa institucional. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, p. 865-872, 2011. Supl. 1.

FIOCRUZ – FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Universalidade**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2019. (Pensesus). Disponível em: <https://pensesus.fiocruz.br/universalidade>. Acesso em: 4 nov. 2019.

GIOVANELLA, L.; MENDONZA-RUIZ, A.; PILAR, A. C. A.; ROSA, M. C.; MARTINS, G. B.; SANTOS, I. S.; SILVA, D. B.; VIEIRA, J. M. L.; CASTRO, V. C. G.; SILVA, P. O.; MACHADO, C. V. Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p.1763-1776, 2018.

GONÇALVES, L. Percepções sobre o sistema único de saúde em estudantes de bacharelado em educação física da Universidade Estadual de Londrina. 2016. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2016.

HALLAL, P. C. Atividade física e saúde no Brasil: pesquisa, vigilância e políticas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 30(12):1-3, dez, 2014.

IPEA - INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República. **Sistema de indicadores de percepção social: saúde**. Rio de Janeiro: IPEA, 2011. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/SIPS/110207_sipssaude.pdf. Acesso em: 25 fev. 2019.

LOBATO, L. V. C.; GIOVANELLA, L. Sistemas de saúde: origens, componentes e dinâmica. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I. (org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. p. 107-140.

LOCH, M. R. A promoção da saúde e a formação inicial do profissional de saúde: desafios e possibilidades. **Saúde e Meio Ambiente**, Três Lagoas, v. 4, n. 1, p. 3-16, 2015.

LOCH, M. R.; DIAS, D. F.; RECH, C. R. Apontamentos para a atuação do profissional de educação física na atenção básica à saúde: um ensaio. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, Florianópolis, v. 24, p. e0069, 2019.

LOCH, M. R.; KNUTH, A. G.; SILVA, I. C. M.; GUERRA, P. H. As práticas corporais/atividade física nos 30 anos do Sistema Único de Saúde [carta]. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 3469, 2018.

LOCH, M. R.; RODRIGUES, C. G.; TEIXEIRA, D. C. E os homens? e os que moram longe? e os mais jovens? ...? perfil dos usuários de programas de atividade física oferecidos pelas unidades básicas de saúde de Londrina-PR. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, Brasília, v. 35, n. 4, p. 947-961, 2013.

LOPES, A. C. S.; FERREIRA, A. D.; MENDONÇA, R. D.; DIAS, M. A. S.; RODRIGUE, R. C. L. C.; SANTOS, L. C. Estratégia de Promoção à Saúde: Programa Academia da Cidade de Belo Horizonte. **Rev Bras Ativ Fís Saúde**; v.21, n° 4. p.379-384. 2016.

MALTA, D. C.; REIS, A. A.C.; JAIME, P. C.; MORAIS NETO, O. L.; SILVA, M. M. A.; AKERMAN, M. O SUS e a Política Nacional de Promoção da Saúde: perspectiva, resultados, avanços e desafios em tempos de crise. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1799-1809, 2018.

MANSKE, G. S.; OLIVEIRA, D. A formação do profissional de educação física e o sistema único de saúde. **Motrivivência**, Florianópolis, v. 29, n. 52, p. 191-210, 2017.

MARQUES, R. M. O direito à saúde no mundo. *In*: MARQUES, R. M.; PIOLA, S. R.; ROA, A. C. (org.). **Sistema de saúde no Brasil: organização e financiamento**. Rio de Janeiro: ABrES; Brasília: Ministério da Saúde, 2016. p.11-36. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Alejandra_Carrillo_Roa2/publication/309455421_Sistema_de_Saude_no_Brasil_organizacao_e_financiamento/links/5810edb308ae009606be74e9/Sistema-de-Saude-no-Brasil-organizacao-e-financiamento.pdf#page=13. Acesso em: 14 nov. 19.

MATSUDO, S.; MATSUDO, V.; ARAUJO, T.; ANDRADE, D.; OLIVEIRA, L.; SANTOS, M.; SILVA, L. Do diagnóstico à ação: a experiência do Programa Agita São Paulo na promoção do estilo de vida ativo. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, Florianópolis, v. 13, n. 3, p. 178-184, 2008.

MENDES, A.; CARNUT, L. NASF, porrete e bolsonarismo. **Domingueira da Saúde**, n° 6. Edição Especial. Fevereiro, 2020.

MENDONÇA, B. C. A.; TOSCANO, J. J. O.; OLIVEIRA, A. C. C. Do diagnóstico à ação: Experiências em promoção da atividade física Programa academia da cidade Aracaju: promovendo saúde por meio da atividade física. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**; v. 14, n° 3, 2009.

MINAYO, M. C. S. Contribuições da antropologia para pensar e fazer saúde. *In*: CAMPOS, G. W. S.; MINAYO, M. C. S.; DRUMOND JÚNIOR, M.; CARVALHO, Y. M. (org.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006. p. 201-230.

MORAES, J. C. O.; CARNEIRO, C. R.; CRUZ, H. R. F. V.; COSTA, I. P.; ALMEIDA, M. R. A Mídia e sua relação com a formação de opiniões sobre o sistema único de saúde. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, João Pessoa, v. 21, n. 2, p.103-110, 2017.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. Política nacional de atenção básica 2017: retrocessos e riscos para o sistema único de saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 11-24, 2018.

NEVES, J.; MACHADO, K. Atenção primária à saúde terá novo modelo de financiamento. **FIOCRUZ**, Rio de Janeiro, 1 nov. 2019. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/atencao-primaria-a-saude-tera-novo-modelo-definanciamento?fbclid=IwAR2adnwB83BU65NhVHJGveDnOlew88JPmPkSf1T06fyx0PgFWNdqI9GibPA>. Acesso em: 4 nov. 2019.

NEVES, R. L. R.; ANTUNES, P. C.; BAPTISTA, T. J. R.; ASSUMPÇÃO, L. O. T. Educação física na saúde pública: revisão sistemática. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**, Taguatinga, v. 23, n. 2, p.163-177, 2015.

NOGUEIRA, J. A. D.; BOSI, M. L. M. Saúde coletiva e educação física: distanciamentos e interfaces. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p.1913-1922, 2017.

NORONHA, J. C. Cobertura universal de saúde: como misturar conceitos, confundir objetivos, abandonar princípios. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 5, p. 847-849, 2013. Disponível em: https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102-311X2013000900003&script=sci_arttext&tlng=en. Acesso em: 14 nov. 2019.

OLIVEIRA, R. C. ANDRADE, D. R. Formação profissional em Educação Física para o setor da saúde e as diretrizes curriculares nacionais. **Pensar a Prática**, Goiânia, v. 19, n. 4. 2016.

OLIVEIRA, R. C. Educação física, saúde e formação profissional. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. e280302, 2018.

OLIVEIRA, V. J. M.; GOMES, I. M. Caracterização episódica sobre o tema da saúde nos currículos de formação em Educação Física em uma universidade federal pública. **Motrivivência**, Florianópolis, v. 31, n. 60, p. 1-24, 2019.

ORLIZ, M. M.; DUMITH, S. C.; KNUTH, A. G. Utilização de serviços de educação física por adultos e idosos no extremo sul do Brasil: estudo de base populacional. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 541-552, 2020.

PAIM, J. S. A constituição cidadã e os 25 anos do sistema único de saúde (SUS). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 10, p. 1927-1953, 2013.

PAIM, J. S. Sistema único de saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1723-1728, 2018.

PAIM, J. S.; TRAVASSOS, C. M. R.; ALMEIDA, C. M.; BAHIA, L.; MCINKO, J. O. Sistema de saúde brasileiro. *In*: VICTORA, C. G.; LEAL, M. C.; BARRETO, M. L.; SCHMIDT, M. I.; MONTEIRO, C. A. (org). **Saúde no Brasil: a série The Lancet**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2011. p. 37-69.

PALACIO, D. Q. A.; ROMCY, D. M. L.; SOARES, S. L.; PALACIO, B. Q. A.; FERREIRA, H. S. O campo da saúde coletiva na formação dos profissionais de educação física: uma revisão. **Revista Internacional de Formação Professores**, Itapetininga, v. 3, n. 2, p. 303-314. 2018. Disponível em: <https://periodicos.itp.ifsp.edu.br/index.php/RIFP/article/view/1267/952>. Acesso em: 6 fev. 2020.

PINHEIRO, R. Integralidade em Saúde. *In*: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (org.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009. p. 255. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/intsau.html>. Acesso em: 4 nov. 2019.

PNUD - PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. **Movimento é vida**: atividades físicas e esportivas para todas as pessoas: relatório nacional de

desenvolvimento humano do Brasil 2017. Brasília: PNUD, 2017. Disponível em: <http://movimentoevida.org/>. Acesso em: 21 nov. 2019.

REIGADA, C. L. L.; ROMANO, V. F. O uso do SUS como estigma: a visão de uma classe média. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. e280316, 2018.

REZENDE, Luciano. SOE-Vitória, ES: Sete anos de sucesso com uma ideia simples, eficaz e de baixo custo. *Rev Bras Med Esport* _ Vol. 3, Nº 3 – Jul/Set, 1997.

RIZZOTTO, M. L. F. A reafirmação da democracia e do direito universal à saúde em tempos de ultra neoliberalismo. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1717-1718, 2018.

SAAD FILHO, A.; MORAIS, L. **Brasil**: neoliberalismo versus democracia. São Paulo: Boitempo, 2018. 299 p.

SOUTO, L. R. F.; OLIVEIRA, M. H. B. Movimento da reforma sanitária brasileira: um projeto civilizatório de globalização alternativa e construção de um pensamento pós-abissal. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 108, p. 204-218, 2016.

UEL - UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA. Pró-Reitoria de Graduação. **Catálogo dos cursos de graduação**: educação física: habilitação: bacharelado. Londrina: UEL, 2018. Disponível em: http://www.uel.br/prograd/?content=catalogo-cursos/catalogo_2018/cursos/educacao_fisica_bacharelado.html. Acesso em: 15mar. 2019.

UEL – UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA. Pró-Reitoria de Graduação. **Catálogo dos cursos 2017**: educação física: habilitação: bacharelado e licenciatura. Londrina: UEL, 2017. Disponível em: http://www.uel.br/prograd/?content=catalogo-cursos/catalogo_2017/cursos/educacao_fisica.html. Acesso em: 7 fev. 2020.

UFPR – UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ. **Curso de Educação Física UFPR**: periodização recomendada: lista de disciplinas. [Curitiba]: UFPR, 2020a. Disponível em: <http://www.bio.ufpr.br/portal/cef/wp-content/uploads/sites/33/2016/10/Periodiza%C3%A7%C3%A3o-recomendada-3.pdf>. Acesso em: 7 fev. 2020.

UFPR - UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ. **Histórico**. Curitiba: UFPR, 2020b. Disponível em: <https://www.ufpr.br/portalfpr/historico-2/>. Acesso em: 7 fev. 2020.

UFPR - UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ. Núcleo de concursos processo seletivo 2016/2017. **Relação candidato/vaga por categoria de concorrência**. [Curitiba]: UFPR, 2017. Disponível em: http://www.nc.ufpr.br/concursos_institucionais/ufpr/ps2017/documentos/candvaga_curso.pdf. Acesso em: 15 mar. 2019.

UNICENTRO - UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CENTRO-OESTE. **Educação Física**: Guarapuava. Guarapuava: Unicentro, 2019. Disponível em: <https://www3.unicentro.br/cursos/educacao-fisica-guarapuava/>. Acesso em: 15mar. 2019.

UNICENTRO – UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CENTRO-OESTE. **Educação Física**: Guarapuava. Guarapuava: Unicentro, 2020. Disponível em: <https://www3.unicentro.br/cursos/educacao-fisica-guarapuava/>. Acesso em: 7 fev. 2020.

VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. F. Sistema único de saúde. *In*: CAMPOS, G. W. S.; MINAYO, M. C. S.; DRUMOND JÚNIOR, M.; CARVALHO, Y. M. (org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006. p. 531-562.

APÊNDICES

APÊNDICE A
Carta à instituição participante



Londrina, /01/2019

Prezado Colegiado do curso de Educação Física Bacharelado

Estamos realizando uma pesquisa intitulada **“Percepções sobre o Sistema Único de Saúde: comparação entre ingressantes e concluintes do curso de bacharelado em Educação Física”** que representa um projeto a ser apresentado como requisito parcial para conclusão do Mestrado em Saúde Coletiva, do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina.

Para a realização da pesquisa será necessário que os estudantes do primeiro e do quarto ano estejam dispostos a responder um questionário envolvendo questões sobre percepções do Sistema Único de Saúde e informações sócio demográficas. Com as informações obtidas pretende-se verificar a auto percepção do Sistema Único de Saúde de estudantes do curso de Educação Física do primeiro e do quarto ano da Universidade Estadual de Londrina (UEL). Conhecer melhor a percepção dos estudantes sobre o Sistema Único de Saúde e suas interações nos fornecerá elementos para fomentar a formação e a atuação dos profissionais de Educação Física na área de saúde pública/saúde coletiva.

Deve-se destacar que não haverá, em hipótese alguma, a divulgação ou menção dos nomes e dados dos sujeitos envolvidos.

Estabeleceremos contato para informar os procedimentos e colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Desde já agradecemos a atenção dispensada e a sua colaboração.

Joamara de Oliveira Pimentel – joamarauel@hotmail.com

Tel.: (43) 9 9129 5351

Orientador Prof. Dr. Mathias Roberto Loch

APÊNDICE B
Questionário

QUESTIONÁRIO

- Não é preciso se identificar;

- É fundamental que você responda as perguntas de maneira sincera e sem consultas.

Bloco 1 – Percepções sobre o Sistema Único de Saúde (SUS)

1. Quando se fala em **SUS**, o que vem à sua cabeça?

2. Sobre a **UTILIZAÇÃO DO SUS**, você:

¹() Tem plano privado (ou paga por serviços de saúde individualmente) e nunca usa o SUS

²() Tem plano privado (ou paga por serviços de saúde individualmente) mas também usa o SUS

³() É usuário somente do SUS (não tem plano privado nem paga por serviços de saúde individualmente).

3. Em geral, **COMO VOCÊ AVALIA** o SUS (Responder mesmo que não seja usuário direto)?

¹() Muito bom

²() Bom

³() Regular

⁴() Ruim

⁵() Muito ruim

⁶() Não sei responder

4. Em relação **AO SEU ÚLTIMO ATENDIMENTO NO SUS**, você o avalia como:

¹() Muito bom

²() Bom

³() Regular

⁴() Ruim

⁵() Muito ruim

⁶() Não lembro/Não sei responder

5. **NOS ÚLTIMOS 12 MESES** você usou ou acompanhou alguém em um atendimento realizado no SUS?

¹() Sim

²() Não

6. Em geral, você acredita que o Brasil (**ASSINALE SOMENTE UMA ALTERNATIVA**):

¹() Não deveria ter serviços públicos de saúde e cada pessoa deveria arcar com os custos de seus atendimentos de saúde.

²() Deveria ter serviços públicos de saúde para atender as pessoas que não podem pagar por atendimentos de saúde, enquanto as pessoas com condições financeiras deveriam pagar planos privados de saúde ou pagar individualmente pelos serviços de saúde.

³() Deveria investir na construção de serviços públicos de saúde que atendessem com qualidade todas as pessoas, independentemente da classe econômica.

JUSTIFIQUE SUA RESPOSTA (da questão 6):

7. Em relação a cada uma das ações indicadas no quadro abaixo, assinale com um X se você acredita que elas deveriam ser “**para ninguém**”, “**para quem não pode pagar**” ou “**para todos**”

	Para Ninguém (A)	Para quem não pode pagar (B)	Para Todos (C)
1.Acompanhamento de pessoas com doenças crônicas			
2.Acompanhamento psicológico			
3.Acompanhamento de Gestantes (Pré-Natal)			
4.Atendimento domiciliar para pessoas com dificuldade de locomoção			
5.Atendimento odontológico			
6.Atendimento de urgência e emergência			
7.Fisioterapia			
8.Fornecimento de medicamentos			
9.Programas de Atividades Físicas			
10.Vacinação para crianças e adolescentes			
11.Vacinação para adultos			

Bloco 2. Conhecimento sobre Programas Públicos para Prática de Atividades Físicas e Experiências de estágio

8. Você conhece algum programa **público** que ofereça práticas de atividade física para a população?

¹() Sim ²() Não [ir para questão 9]

8a. Você ou alguém que você conhece participa deste(s) programa(s)?

¹() Sim ²() Não [ir para questão 8c]

8b. Indique quem (mais de uma opção é possível):

¹() Você ²() Mãe ³() Pai
⁴() Tio/Tia ⁵() Avô/Avó ⁶() Vizinho/Vizinha
⁷() Outros: _____

8c. Você sabe à qual secretaria este programa está vinculado?

¹() Educação ²() Esporte ³() Saúde
⁴() Não sei ⁵() Outro: _____

9. Antes de entrar na **UNIVERSIDADE**, você já tinha ouvido falar do **NASF-AB** (Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica)?

¹() Sim ²() Não [ir para questão 10]

9a. Se sim, sabe se tem no seu bairro (considere o bairro que você morava antes de entrar na universidade)?

¹() Sim ²() Não [ir para questão 10]

9b. Se tiver NASF-AB (Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica) no seu bairro, sabe se tem profissional de Educação Física na equipe?

¹() Sim ²() Não ³() Não sei

10. Antes entrar na **Universidade**, você já tinha ouvido falar no **Programa Academia da Saúde**?

¹() Sim ²() Não [ir para questão 11]

10a. Se sim, conhece algum polo?

¹() Sim ²() Não

11. Você está fazendo atualmente algum estágio na área da Educação Física?

¹() Sim ²() Não – [ir para questão 12]

11a. Seu estágio é:

¹() Obrigatório

²() Não obrigatório

³() Os dois (obrigatório e não obrigatório ao mesmo tempo)

12. Você já realizou ou está realizando algum estágio em saúde pública/saúde coletiva (por exemplo: unidades básicas de saúde ou hospitais que atendem o SUS)?

¹() Sim ²() Não [ir para questão 13]

12a. Se você respondeu sim para a questão 12, descreva aspectos que você considera positivos e aspectos que você considera negativos deste(s) estágio(s):

Aspectos Positivos:

Aspectos Negativos:

Bloco 3 – Perspectivas de atuação profissional

13. Em relação às suas **expectativas de atuação profissional**, assinale a alternativa mais parecida com o que você pensa atualmente:

18b. Você conhece algum (a) profissional de Educação Física que atua na atividade que você pretende atuar, que tenha 60 anos ou mais?

¹() Sim ²() Não

19. Você se sente informado sobre as **possibilidades de atuação** do profissional de Educação Física no Sistema Único de Saúde?

¹() Sim, Totalmente informado.

²() Sim, Parcialmente informado.

³() Não

20. Após o término do curso, você pretende entrar em algum programa de residência multiprofissional e/ou em algum programa de mestrado em Saúde Pública/ Saúde Coletiva?

¹() Sim, Residência ²() Sim, Mestrado

³() Sim, residência ou mestrado. ⁴() Nenhuma das alternativas.

⁵() Não ⁶() Não sei responder

21. Considerando as ações a seguir, assinale o **NÍVEL DE PRIORIDADE** que cada uma delas deveria ter (**NA SUA OPINIÃO**) no contexto da promoção da atividade física no Brasil atualmente:

	Nada prioritário (A)	Pouco prioritário (B)	Prioritário (C)	Muito prioritário (D)	Extremamente Prioritário (E)
1.Campanhas na grande mídia informando sobre a importância da atividade física.					
2.Contratação de profissionais de Educação Física para prescrição individualizada de exercícios físicos.					
3.Contratação de profissionais de Educação Física para organização de grupos de prática de atividade física para a comunidade.					
4.Contratação de profissionais de Educação Física para atuarem em equipes multiprofissionais na Atenção Básica (por exemplo, em Unidades Básicas de Saúde).					
5.Investimento na construção de novos espaços e revitalização dos espaços já					

existentes para a prática de atividade física (exemplo: parques, praças, ciclovias etc.).					
---	--	--	--	--	--

Bloco 4: Informações sociodemográficas

22. Série: _____ 23. Idade: _____ anos 24. Sexo: ¹() Feminino ²() Masculino

25. Você se considera da cor ou raça:

¹() Amarela ²() Branca ³() Indígena ⁴() Parda ⁵() Preta

26. Em que ano entrou para o curso de Educação Física na Universidade? _____

27. Em que cidade você fez o último ano do ensino médio? _____

28. Seu ensino médio foi:

¹() Totalmente em escola pública

²() Totalmente em escola particular

³() Parcialmente em escola pública e parcialmente em escola particular

29. Com quem você mora atualmente?

¹() Pais

²() Outros parentes

³() Sozinho

⁴() Amigos

⁵() Companheiro/Companheira

30. Você trabalha atualmente (considerar **APENAS TRABALHO REMUNERADO E SEM CONTAR ESTÁGIOS**)?

¹() Sim

²() Não – [ir para questão 31]

30a. Seu trabalho é **NA ÁREA DA EDUCAÇÃO FÍSICA**?

¹() Sim

²() Não

31. Nível de escolaridade do Pai:

¹() Ensino Fundamental Incompleto

²() Ensino Fundamental Completo

³() Ensino Médio Completo

⁴() Ensino Médio Incompleto

⁵() Ensino Superior Incompleto

⁶() Ensino Superior Completo

⁷() Não Sei

Se você respondeu superior (completo), qual curso? _____

32. Nível de escolaridade da Mãe:

¹() Ensino Fundamental Incompleto

³() Ensino Médio Completo

⁵() Ensino Superior Incompleto

⁷() Não Sei

²() Ensino Fundamental Completo

⁴() Ensino Médio Incompleto

⁶() Ensino Superior Completo

Se você respondeu superior (completo), qual curso? _____

Obrigada por sua participação!

APÊNDICE C

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

“Percepções sobre o Sistema Único de Saúde: comparação entre ingressantes e concluintes do curso de bacharelado em Educação Física”

Prezado (a) Senhor (a):

Gostaríamos de convidá-lo (a) a participar da pesquisa **“Percepções sobre o Sistema Único de Saúde: comparação entre ingressantes e concluintes do curso de bacharelado em Educação Física de três universidades do Paraná”**, a ser realizada nesta instituição de ensino superior. O objetivo da pesquisa é verificar as percepções sobre o Sistema Único de Saúde e suas perspectivas de atuação profissional.

Sua participação é muito importante e ela se dará ao responder um questionário específico para esta pesquisa. Esclarecemos que sua participação é totalmente voluntária, permitido a você recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Esclarecemos, também, que suas informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade.

Informamos ainda, que você não pagará e nem será remunerado (a) por sua participação. Garantimos, no entanto, que todas as despesas decorrentes da pesquisa serão ressarcidas, quando devidas e decorrentes especificamente de sua participação.

Os benefícios esperados são que este trabalho possa fornecer elementos e informações a respeito das percepções dos estudantes de Educação Física em relação ao Sistema Único de Saúde, suas perspectivas, fornecendo assim elementos para sua formação e para sua atuação profissional futura. Quanto aos riscos, esta pesquisa envolve riscos mínimos, mas caso algum participante tenha algum problema causado pela pesquisa, a pesquisadora se compromete a dar toda a assistência necessária.

Caso você tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos, poderá contatar a mestrandia Joamara de Oliveira Pimentel, (rua **Emiliano Pernetá, 246 – Vivendas do Arvoredo, pelo telefone (43) 9 9129 5351** ou pelo e-mail joamarauel@hotmail.com) ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade

Estadual de Londrina, situado junto ao LABESC – Laboratório Escola, no Campus Universitário, telefone 3371-5455, e-mail: cep268@uel.br.

Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas devidamente preenchida, assinada e entregue a você.

Londrina, de _____ de 2019.

Pesquisador Responsável

Joamara de Oliveira Pimentel

RG. 8.021.330-1

Telefone: (43) 9 9129 5351

(NOME POR EXTENSO DO SUJEITO DE PESQUISA), tendo sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, concordo em participar **voluntariamente** da pesquisa descrita acima.

Assinatura (ou impressão dactiloscópica): _____

Data: _____

Obs.: Caso o participante da pesquisa seja menor de idade, o texto deve estar voltado para os pais e deve ser incluído ainda, campo para assinatura do menor e do responsável.

ANEXOS

ANEXO 1
Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da UEL

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Percepções sobre o Sistema Único de Saúde: comparação entre ingressantes e concluintes do curso de bacharelado em Educação Física.

Pesquisador: Joamara de Oliveira Pimentel

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 07939019.6.0000.5231

Instituição Proponente: CCS - Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.180.624

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma dissertação de mestrado em Saúde Coletiva. É um estudo de delineamento transversal, descritivo e que terá elementos na coleta de análise de dados das abordagens quantitativa e qualitativa. Será proposto um questionário semiestruturado, que em sua primeira parte será feito um levantamento de informações sociodemográficas e socioeconômicas. Já a segunda parte possui natureza quantitativa e qualitativa com questões objetivas e subjetivas para proporcionar um melhor entendimento do objeto em estudo. Serão entrevistados 150 alunos do curso de Educação Física da UEL.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Verificar as percepções de estudantes do curso de bacharelado em Educação Física da Universidade Estadual de Londrina sobre o Sistema Único de Saúde.

Objetivo Secundário:

1. Verificar o nível de conhecimento percebido sobre as possibilidades de atuação do profissional de Educação Física no SUS;
2. Verificar a proporção de estudantes do curso de bacharelado em Educação Física da Universidade Estadual de Londrina que pretendem atuar no contexto da

saúde coletiva e fazer residência e/ou mestrado nesta área após a formação inicial;

Página 01 de

Continuação do Parecer: 3.180.624

3. Verificar eventuais diferenças nas percepções relativas sobre o Sistema Único de Saúde entre os ingressantes e os concluintes do curso de bacharelado em Educação Física da UEL.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Com relação aos riscos a pesquisadora descreve que "Quanto aos riscos, esta pesquisa envolve riscos mínimos, mas caso algum participante tenha algum problema causado pela pesquisa, o pesquisador se compromete a dar toda a assistência necessária." Quanto aos Benefícios a pesquisadora relata que: "Ampliar a reflexão sobre a formação do profissional de Educação Física para a atuação na saúde pública brasileira"

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Não há.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentou folha de rosto adequadamente preenchida e assinada. Apresentou declaração da instituição coparticipante para coleta de dados. O TCLE está em acordo com a resolução. Apresentou os instrumentos para coleta de dados. A coleta de dados está prevista para 18/03/2019. O orçamento é de R\$ 248,00 e será custeada pela própria pesquisadora.

Recomendações:

Recomenda-se colocar o nome do orientador junto com contato pessoal no TCLE.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Recomenda-se aprovação.

Considerações Finais a critério do CEP:

Prezado (a) Pesquisador (a),

Este é seu parecer final de aprovação, vinculado ao Comitê de Ética em Pesquisas Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina. É sua responsabilidade imprimi-lo para apresentação aos órgãos e/ou instituições pertinentes.

Coordenação CEP/UUEL.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1288221.pdf	12/02/2019 14:47:33		Aceito
Outros	Participante.pdf	12/02/2019 13:13:59	Joamara de Oliveira Pimentel	Aceito

Página 02 de

Continuação do Parecer: 3.180.624

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	12/02/2019 13:13:16	Joamara de Oliveira Pimentel	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.docx	30/01/2019 15:02:42	Joamara de Oliveira Pimentel	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_assinada.pdf	30/01/2019 14:41:19	Joamara de Oliveira Pimentel	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

LONDRINA, 01 de Março de 2019

Assinado por:
Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli
(Coordenador(a))

ANEXO 2

Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da UFPR

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**Elaborado pela Instituição Coparticipante****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Percepções sobre o Sistema Único de Saúde: comparação entre ingressantes e concluintes do curso de bacharelado em Educação Física.

Pesquisador: Joamara de Oliveira Pimentel

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 07939019.6.3002.0102

Instituição Proponente: Departamento de Educação Física

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.275.053

Apresentação do Projeto:

Projeto oriundo do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina intitulado "Percepções sobre o Sistema Único de Saúde: comparação entre ingressantes e concluintes do curso de bacharelado em Educação Física", sob a responsabilidade de Joamara de Oliveira Pimentel e orientação do Prof. Dr. Mathias Roberto Loch.

Objetivo da Pesquisa:

Verificar as percepções de estudantes do curso de bacharelado em Educação Física da Universidade Estadual de Londrina sobre o Sistema Único de Saúde.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Verificar o nível de conhecimento percebido sobre as possibilidades de atuação do profissional de Educação Física no SUS;
2. Verificar a proporção de estudantes do curso de bacharelado em Educação Física da Universidade Estadual de Londrina que pretendem atuar no contexto da saúde coletiva e fazer residência e/ou mestrado nesta área após a formação inicial;
3. Verificar eventuais diferenças nas percepções relativas sobre o Sistema Único de Saúde entre os ingressantes e os concluintes do curso de bacharelado em Educação Física da UEL.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os benefícios esperados são que este trabalho possa fornecer elementos e informações a respeito das percepções dos estudantes de Educação Física em relação ao Sistema Único de Saúde, suas perspectivas, fornecendo assim elementos para sua formação e para sua atuação profissional futura. Quanto aos riscos, esta pesquisa envolve riscos mínimos, mas caso algum participante tenha algum problema causado pela pesquisa, a pesquisadora se compromete em prestar assistência imediata, integral e gratuita em caso de qualquer intercorrência advinda deste estudo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo de delineamento transversal, descritivo e que terá elementos na coleta e análise de dados das abordagens quantitativa e qualitativa. Será proposto um questionário semiestruturado (apêndice II), que em sua primeira parte será feito um levantamento de informações sociodemográficas e socioeconômicas. Já a segunda parte possui natureza quantitativa e qualitativa com questões objetivas e subjetivas para proporcionar um melhor entendimento do objeto em estudo. Participarão desta pesquisa estudantes universitários de ambos os sexos, matriculados no curso de bacharelado em Educação Física dos turnos matutino e noturno do primeiro e do quarto ano, todos da Universidade Estadual de Londrina (UEL). A amostra será selecionada de maneira intencional, e estima-se que participarão aproximadamente 150 estudantes.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os documentos exigidos por este CEP/SD em atendimento ao exigido pela CONEP foram anexados nesta versão

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pendências foram atendidas.

- É obrigatório retirar na secretaria do CEP/SD uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido com carimbo onde constará data de aprovação por este CEP/SD, sendo este modelo reproduzido para aplicar junto ao participante da pesquisa.

*Em caso de projetos com Coparticipantes que possuam Comitês de Ética, seu TCLE somente será liberado após aprovação destas instituições.

O TCLE deverá conter duas vias, uma ficará com o pesquisador e uma cópia ficará com o participante da pesquisa (Carta Circular nº. 003/2011CONEP/CNS).

Favor agendar a retirada do TCLE pelo telefone 41-3360-7259 ou por e-mail cometica.saude@ufpr.br, necessário informar o CAAE.

Considerações Finais a critério do CEP:

Solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios semestrais e final, sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos, através da Plataforma Brasil - no modo: NOTIFICAÇÃO.

Demais alterações e prorrogação de prazo devem ser enviadas no modo EMENDA. Lembrando que o cronograma de execução da pesquisa deve ser atualizado no sistema Plataforma Brasil antes de enviar solicitação de prorrogação de prazo.

Emenda – ver modelo de carta em nossa página: www.cometica.ufpr.br (obrigatório envio) **Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1310832.pdf	16/04/2019 10:49:02		Aceito
Declaração de Pesquisadores	Documento6UFPR.docx	16/04/2019 10:47:55	Joamara de Oliveira Pimentel	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLETALE_UFPR.docx	16/04/2019 10:47:08	Joamara de Oliveira Pimentel	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoCorrigidoUFPR.docx	16/04/2019 10:46:43	Joamara de Oliveira Pimentel	Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	CartaRespostaUFPR.docx	16/04/2019 10:46:24	Joamara de Oliveira Pimentel	Aceito
Outros	ParticipanteUNICENTRO.pdf	03/03/2019 13:14:59	Joamara de Oliveira	Aceito

			Pimentel	
Outros	ParticipanteUFPR.pdf	03/03/2019 13:14:00	Joamara de Oliveira Pimentel	Aceito
Outros	Participante.pdf	12/02/2019 13:13:59	Joamara de Oliveira Pimentel	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	12/02/2019 13:13:16	Joamara de Oliveira Pimentel	Aceito
Projeto Detalhado	projeto.docx	30/01/2019	Joamara de Oliveira	Aceito

Página 03 de

/ Brochura Investigador	projeto.docx	15:02:42	Pimentel	Aceito
----------------------------	--------------	----------	----------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CURITIBA, 22 de Abril de 2019

Assinado por:
Ilana Kassouf Silva**(Coordenador(a))**

ANEXO 3
Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da UNICENTRO

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Percepções sobre o Sistema Único de Saúde: comparação entre ingressantes e concluintes do curso de bacharelado em Educação Física.

Pesquisador: Joamara de Oliveira Pimentel

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 07939019.6.3003.0106

Instituição Proponente: Departamento de Educação Física

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.322.973

Apresentação do Projeto:

Trata-se da apreciação do projeto de pesquisa intitulado Percepções sobre o Sistema Único de Saúde: comparação entre ingressantes e concluintes do curso de bacharelado em Educação Física, de interesse e responsabilidade da proponente Joamara de Oliveira Pimentel, em que a UNICENTRO figura como Instituição Coparticipante. O sistema de saúde brasileiro sofreu diversas mudanças desde o início do século XX, mudando conforme se alteravam as condições econômicas, políticas e sociais no Brasil. O sistema Único de Saúde (SUS) é um sistema que tem entre seus princípios a universalidade, a integralidade e a equidade. No SUS atuam diferentes profissionais de saúde e, a partir da criação dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica a Educação Física, entre outras profissões, passou a ter a oportunidade de se inserir nas equipes de saúde pública.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO GERAL

Verificar as percepções de estudantes do curso de bacharelado em Educação Física da Universidade Estadual de Londrina sobre o Sistema Único de Saúde.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Verificar o nível de conhecimento percebido sobre as possibilidades de atuação do profissional de Educação Física no SUS;
2. Verificar a proporção de estudantes do curso de bacharelado em Educação Física da Universidade Estadual de Londrina que pretendem atuar no contexto da saúde coletiva e fazer residência e/ou mestrado nesta área após a formação inicial;
3. Verificar eventuais diferenças nas percepções relativas sobre o Sistema Único de Saúde entre os ingressantes e os concluintes do curso de bacharelado em Educação Física da UEL.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo a pesquisadora:

Riscos:

Quanto aos riscos, esta pesquisa envolve riscos mínimos, mas caso algum participante tenha algum problema causado pela pesquisa, o pesquisador se compromete a dar toda a assistência necessária.

Benefícios:

Ampliar a reflexão sobre a formação do profissional de Educação Física para a atuação na saúde pública brasileira.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A UNICENTRO figura como Instituição Coparticipante, sendo que a coleta de dados será feita junto ao Departamento de Educação Física do Campus CEDETEG.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- 1) Folha de rosto com campos preenchidos e com carimbo identificador e assinada por Ana Maria Rigo Silva;
- 3) Carta de anuência/autorização de acordo apresentando cartas das instituições coparticipantes:
 - a)- Unicentro, assinada por Bruno Sergio Portela chefe do departamento de educação física, b)- UFPR assinada por Adriana Inês de Paula coordenadora do curso de educação física e
 - c)- UEL assinada por Hécio Rossi Gonçalves chefe do departamento de educação física;
- 4) TCLE (termo de consentimento livre e esclarecido) de acordo;

- 4.1) TALE (Termo de Assentimento para menores de idade ou incapazes), de acordo;
- 5) Projeto de pesquisa completo anexado pela pesquisadora;
- 6) Instrumento para coleta dos dados de acordo;
- 7) Cronograma do projeto completo e da Plataforma com vigência até dezembro de 2019.
- 8)- Orçamento apresentado.

Recomendações:

(1)- Ressalta-se que segundo a Resolução 466/2012, item XI – DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL, parágrafo f), é de responsabilidade do pesquisador "manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa."

(2)- O TCLE, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, deve ser emitido em duas vias de igual teor. Todas as vias devem ser assinadas pelo pesquisador responsável e pelo participante. Uma via deverá ser entregue ao participante e a outra fará parte dos documentos do projeto, a serem mantidos sob a guarda do pesquisador.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A presente pesquisa está em conformidade com a Resolução 466/2012. Este CEP considera que todos os esclarecimentos necessários foram devidamente prestados, estando este projeto de pesquisa apto a ser realizado, devendo-se observar as informações presentes no item "Recomendações".

Considerações Finais a critério do CEP:

Em atendimento à Resolução CNS/MS- 466/2012, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório parcial assim que tenha transcorrido um ano da pesquisa e relatório final em até trinta dias após o término da pesquisa.

Qualquer alteração no projeto deverá ser encaminhada para análise deste comitê.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1310833.pdf	10/04/2019 16:22:26		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLETALEpaisUnicentro.docx	10/04/2019 16:21:19	Joamara de Oliveira Pimentel	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetomodificadoUnicentro.docx	10/04/2019 16:16:53	Joamara de Oliveira Pimentel	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEmodificadoUnicentro.docx	10/04/2019 16:15:37	Joamara de Oliveira Pimentel	Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	PendenciasUnicentro.docx	10/04/2019 16:11:23	Joamara de Oliveira Pimentel	Aceito
Outros	ParticipanteUNICENTRO.pdf	03/03/2019 13:14:59	Joamara de Oliveira Pimentel	Aceito
Outros	ParticipanteUFPR.pdf	03/03/2019 13:14:00	Joamara de Oliveira Pimentel	Aceito
Outros	Participante.pdf	12/02/2019 13:13:59	Joamara de Oliveira Pimentel	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	12/02/2019 13:13:16	Joamara de Oliveira Pimentel	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.docx	30/01/2019 15:02:42	Joamara de Oliveira Pimentel	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

GUARAPUAVA, 13 de Maio de 2019

Assinado por:
Gonzalo Ogliari Dal Forno
(Coordenador(a))