

Daniela Schwabe Minelli

**PERCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE EDUCAÇÃO FÍSICA
SOBRE O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE EM FLORIANÓPOLIS,
SANTA CATARINA**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Programa de Residência
Multiprofissional em Saúde da Família, da
Universidade Federal de Santa Catarina,
como requisito parcial à obtenção do título
de residente.

Orientador: Prof. Dr. Cassiano Ricardo
Rech

Coorientador: Prof. Dr. Mathias Roberto
Loch

Florianópolis
2015

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Minelli, Daniela Schwabe

Percepções dos profissionais de Educação Física sobre o Sistema Único de Saúde em Florianópolis, Santa Catarina / Daniela Schwabe Minelli ; orientador, Cassiano Ricardo Rech ; coorientador, Mathias Roberto Loch. - Florianópolis, SC, 2015.

48 p.

Monografia (especialização) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Curso de Residência Multiprofissional em Saúde da Família.

Inclui referências

1. Profissionais de Educação Física. 3. Sistema Único de Saúde. 4. Percepções. I. Rech, Cassiano Ricardo. II. Loch, Mathias Roberto. III. Universidade Federal de Santa Catarina. Residência Multiprofissional em Saúde da Família. IV. Título.

Daniela Schwabe Minelli

**PERCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE EDUCAÇÃO FÍSICA SOBRE
O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE EM FLORIANÓPOLIS, SANTA
CATARINA**

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi aprovado em banca para obtenção do título de "Residente/Especialista em Saúde da Família" pelo Programa/Curso de Residência em Saúde da Família da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

Florianópolis, 25 de fevereiro de 2015.

Daniela Lemos Carcereri
Coordenadora do Curso

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Cassiano Ricardo Rech
Orientador
Universidade Federal de Santa Catarina - Orientador

Prof. Dr. Júlio Cesar Schmitt Rocha
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof.^a Dr.^a Keli Regina Dal Prá
Universidade Federal de Santa Catarina

RESUMO

O Sistema Único de Saúde (SUS), desde sua criação e regulamentação, apresenta princípios e diretrizes que norteiam a estruturação do seu processo de trabalho e direciona as ações dos profissionais inseridos nesse contexto. Os princípios doutrinários da universalidade, equidade e integralidade, e o princípio organizativo do controle social, foram foco dessa pesquisa. Nesse sentido, o objetivo desse estudo foi analisar as percepções dos profissionais de Educação Física (PEF), inseridos no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), na cidade de Florianópolis, sobre o SUS. Para tanto, a abordagem qualitativa do tipo descritiva deu suporte para a pesquisa. A entrevista semi-estruturada e a análise de conteúdo foram as estratégias metodológicas adotadas para coleta e análise de dados, respectivamente. Participam do estudo 11 PEF. Como resultados, os PEF destacaram que: a) o acesso aos serviços de saúde (universalidade) e a continuidade do cuidado (equidade), de forma integral, ainda não eram contemplados de forma plena nos serviços prestados no SUS, inclusive na intervenção profissional em Educação Física, pela falta de espaço físico, de recursos humanos e materiais, e pela grande demanda populacional que não condizia com a quantidade suficiente de profissionais nas equipes de saúde da família e no NASF; b) o modelo biomédico ainda se fazia presente nas ações dos profissionais, dificultando a concretização dos princípios doutrinários do SUS e a interdisciplinaridade; c) a falta de engajamento da população e dos próprios profissionais nos conselhos de saúde, também prejudicavam o fortalecimento da participação popular no SUS; e d) as competências para atuação na saúde pública estavam atreladas, além do domínio dos conhecimentos conceituais e procedimentais sobre o SUS, as características atitudinais, como cooperação, comprometimento, iniciativa e proatividade. Por fim, os dados obtidos trouxeram elementos referentes à intervenção profissional em Educação Física no SUS, a partir das percepções dos próprios atores sociais inseridos nesse contexto. Conseqüentemente, os conhecimentos, habilidades e atitudes que compõem a prática profissional da área nesse cenário, a partir dos relatos dos PEF, aparecem como informações relevantes para repensar a reestruturação das grades curriculares dos cursos de graduação em Educação Física.

Palavras-chave: Profissionais de Educação Física; Sistema Único de Saúde; percepções.

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1** - Contextualização das informações para definição do problema de pesquisa.....13
- Figura 2** - Número de centros de saúde e equipes de saúde da família atendidas pelos PEF de Florianópolis.....18
- Figura 3** - Caracterização dos PEF entrevistados no município de Florianópolis (2014/2015).....24

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
APS	Atenção Primária à Saúde
CNDSS	Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais de Saúde
GAF	Grupos de atividade física
LIC	Licenciatura
LICA	Licenciatura ampliada
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PEF	Profissional de Educação Física
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 OBJETIVOS	15
3 ENCAMINHAMENTO METODOLÓGICO	17
3.1 TIPO DE PESQUISA.....	17
3.2 CONTEXTUALIZAÇÃO DO LOCAL DO ESTUDO.....	17
3.3 SELEÇÃO DOS PARTICIPANTES.....	18
3.4 COLETA DE DADOS.....	19
3.5 ANÁLISE DE DADOS.....	20
4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS	23
4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA: PERFIL E FORMAÇÃO PROFISSIONAL.....	23
4.2 PERCEPÇÕES DOS PEF SOBRE O SUS.....	25
4.3 PERCEPÇÃO DOS PEF SOBRE OS PRINCÍPIOS DO SUS.....	30
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	53
REFERÊNCIAS	57
APÊNDICE A - Roteiro de entrevista semi-estruturada	65

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) representa uma importante conquista da população brasileira, e se deu, principalmente, a partir da organização da sociedade civil no movimento que acabou denominado de Reforma Sanitária (SOUZA, 2002; BATALHA, 2013). A 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, em torno dos "temas da saúde como direito de cidadania, da reformulação do sistema nacional de saúde e do financiamento do setor", fundamentaram um intenso debate que culminou na aprovação da Constituição Federal de 1988 (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2012, p.366). O SUS foi regulamentado dois anos depois, com as Leis Orgânicas de Saúde 8.080 e 8.142 (BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b). Esse triunfo político concretizou a saúde como um direito de todos e dever do Estado e, conseqüentemente, atribuiu ao SUS, a responsabilidade de ordenar a formação de recursos humanos para garantir uma intervenção condizente com o novo cenário de saúde pública (BRASIL, 1988). Isso se deve à mudança significativa advinda com o novo modelo assistencial à saúde, implementado no Brasil, deixando de ser focado apenas no indivíduo, na prática hospitalar e no conceito simplista e reducionista de saúde.

A nova orientação de trabalho na saúde pública direcionou-se para a universalidade, interdisciplinaridade e integralidade, com foco no indivíduo, sua família e realidade na qual está inserido (BRASIL, 2012a), considerando a saúde como um produto social, a partir de sua visão ampliada, contemplando aspectos de moradia, alimentação, educação, cultura, lazer, transporte, saneamento básico, trabalho e renda (BRASIL, 1990a).

Os documentos governamentais que fundamentaram, caracterizaram e consolidaram o SUS como um dos maiores sistemas de saúde pública do mundo (SOUZA, 2002), estabeleceram princípios e diretrizes como elementos norteadores da formação de profissionais de saúde e da prestação de serviços nesse setor, sendo definidos, por alguns autores, como: a) princípios doutrinários ou éticos, representados pela universalidade, equidade e integralidade; e b) princípios organizativos ou operativos, representados pela descentralização, hierarquização, regionalização e participação popular (BRASIL, 1990c; BRASIL, 2000; BARATA; TANAKA; MENDES, 2004; SILVA FLORES, 2009; TEIXEIRA, 2011).

Reconhece-se, portanto, a partir desse cenário, que a preparação de recursos humanos para atuação no SUS requer estudos aprofundados, sob perspectivas de diferentes áreas de conhecimento e setores, em dois campos

principais: a) o mundo da formação e b) o mundo do trabalho (BRASIL, 2002; CECCIM; FEURWERKER, 2004), buscando como resultado a inter-relação entre ambos, com o intuito de qualificar o entendimento sobre o sistema e o atendimento à população, que tem garantido os princípios constitucionais na atenção à saúde.

Somado a isso, a implantação da Estratégia de Saúde da Família¹ como ordenadora da Atenção Primária à Saúde (APS), caracterizando os serviços da Atenção Básica (AB) como porta de entrada no SUS e organizando-se por territórios de abrangência, aliada ao apoio matricial especializado das profissões que integram o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)², tornam a proposta de integrar o mundo da formação e o mundo do trabalho ainda mais instigante e desafiador, uma vez que a influência das "super" especializações na saúde também tem fragilizado o aspecto da integralidade e universalidade, indo de encontro aos princípios doutrinários do SUS.

Dessa forma, não pretende-se nesse estudo discutir e analisar os "dois mundos", pois ambos carregam divergentes bases teóricas e distintas possibilidades de análise a partir do olhar de cada profissão da saúde (BRASIL, 1997). A complexidade de elementos que compõe a formação e intervenção profissional na saúde pública, nas diferentes áreas de conhecimento, exige delimitações temáticas, visando, com propriedade, discorrer sobre seus componentes teóricos e práticos.

A opção, na presente pesquisa, foi realizar um recorte, a) contemplando os princípios que norteiam a formação profissional e a assistência à saúde no SUS, b) somado ao mundo do trabalho, a partir do campo prático onde as profissões realizam sua intervenção e exercem o processo de tomada de decisão, sob a ótica de uma profissão da saúde: a Educação Física. A recente regulamentação da área no SUS, por meio da criação do NASF (BRASIL, 2008), em 2008, instiga o desenvolvimento

¹ A Estratégia de Saúde da Família é composta por uma equipe básica: médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (BRASIL, 2012).

² Profissões regulamentadas para composição de equipes no NASF: Assistente Social, Farmacêutico, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Médico Acupunturista, Médico Ginecologista, Médico Homeopata, Médico Pediatra, Médico Psiquiatra, Nutricionista, Psicólogo, Profissional da Educação Física e Terapeuta Ocupacional (BRASIL, 2008).

de pesquisas nessa temática, reconhecendo que a Educação Física ainda é uma profissão incipiente nesse contexto e que precisa de respaldos teóricos e práticos para fundamentar e consolidar sua identidade nesse campo e aproximar a formação profissional das características desse mercado de trabalho.

A fonte de informações para análise da temática proposta nessa pesquisa, acerca das percepções dos profissionais de Educação Física (PEF) sobre o SUS, originou-se do próprio contexto de intervenção profissional - o mundo do trabalho, e os argumentos que nos deram respaldo para esse recorte e decisão foram apontados a seguir, compreendendo e considerando que eles não estão desvinculados e dissociados do mundo da formação, pois ambos "os mundos" se retroalimentam. No entanto, a natureza dos conhecimentos, habilidades e atitudes que são requeridos no cotidiano dos serviços em saúde pública, a partir dos princípios que regem a estruturação do processo de trabalho no SUS, traz importantes elementos para caracterizar de que forma vem se configurando a intervenção profissional em Educação Física na saúde pública, sobretudo no aspecto atitudinal, constituído a partir não só do conhecimento formalizado de sua área, mas também, dos procedimentos ou rotinas diários (SORIANO; WINTERSTEIN, 2004) dentro do novo modelo assistencial a saúde, baseado na interdisciplinaridade, integralidade e equidade. Essas características, por sua vez, requerem posturas e comportamentos dos profissionais voltadas para ações, procedimentos e tomada de decisão coletivos.

As competências profissionais conceituais, procedimentais e atitudinais requeridas para atuação no SUS, a partir desse novo modelo assistencial à saúde, já foram apontadas por alguns autores (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010; COUTINHO, 2011; FRAGELLI; SHIMIZU, 2012; ANDRADE et al., 2014), e embora não sejam foco desse estudo, elas aparecem como elementos determinantes na qualidade dos serviços prestados, pois envolvem o "saber sobre" (conhecimento conceitual), "saber fazer" (conhecimento procedimental) e "saber ser" (conhecimento atitudinal). Este, por sua vez, está atrelado aos valores, crenças, comportamentos pessoais e emoções (LE BOTERF, 2003 apud ROCHA, 2013) que caracterizam o modo de agir dos profissionais. Nesse sentido, a análise das percepções dos profissionais de Educação Física, nessa pesquisa, tem relação direta com a dimensão atitudinal do conhecimento, as qualidades pessoais e os recursos emocionais que eles possuem e vivenciam sobre e no SUS.

Além disso, a inadequação do perfil dos egressos para atuação no SUS (RODRIGUES et al., 2013), frente as novas necessidades do sistema e a nova concepção de saúde, exige, de forma emergencial, mudanças na orientação teórica nos cursos de graduação e nas práticas de ensino, e requer novos conhecimentos, habilidades e atitudes dos profissionais, visando, acima de tudo o entendimento desses aspectos e sua aplicabilidade no cotidiano dos serviços prestados à população.

A partir da descrição desse cenário, composto por elementos que se inter-relacionam de forma contínua e constante, pois o mundo da formação e o mundo da intervenção se complementam, os egressos dos cursos de Educação Física que estão inseridos no SUS deparam-se com o desafio de repensar o modelo assistencial à saúde a partir do próprio campo de intervenção. Isso se deve ao fato de não terem tido contato, durante a formação profissional, com conhecimentos conceituais, procedimentais e atitudinais para compreender os aspectos que compõem e determinam o processo de trabalho na saúde pública, dentro dos princípios orientadores para o trabalho nesse contexto e a partir do novo conceito de saúde. Dessa forma, reconhece-se que o cenário de prática torna-se o local efetivo para consolidação da aprendizagem dos profissionais de Educação Física nesses aspectos. Os profissionais, em síntese, "aprendem fazendo".

A determinação da intervenção profissional em Educação Física na saúde pública como fonte de dados para detectar os elementos "percebidos" e "vividos" no contexto cotidiano dos serviços foi pensada a partir de quatro princípios, tendo como base os documentos que os contemplaram em sua redação e, oficialmente, os definiram como determinantes para a estruturação dos processo de trabalho dos serviços de saúde pública brasileira, sendo: a) a universalidade, definida como a garantia de acesso e atenção à saúde por parte do sistema, a todo e qualquer cidadão, de forma gratuita e dentro dos três níveis de atenção; b) a equidade, apontada como ações e serviços de todos os níveis de acordo com a complexidade que cada caso requeira, sendo o paciente atendido conforme suas necessidades até o limite do que o sistema puder oferecer para todos; c) a integralidade que considera o indivíduo um todo indivisível e integrante de uma comunidade, assim como as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde formam também um todo indivisível; e d) a participação popular, que aparece como garantia constitucional de que a população, por meio de suas entidades representativas, participará do processo de formulação das políticas de saúde e do controle da sua execução (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b; BRASIL, 1990c).

A figura 1 representa o esquema teórico problematizador do assunto a ser investigado, ilustrando, também, a delimitação da temática de pesquisa sobre o SUS e a Educação Física.

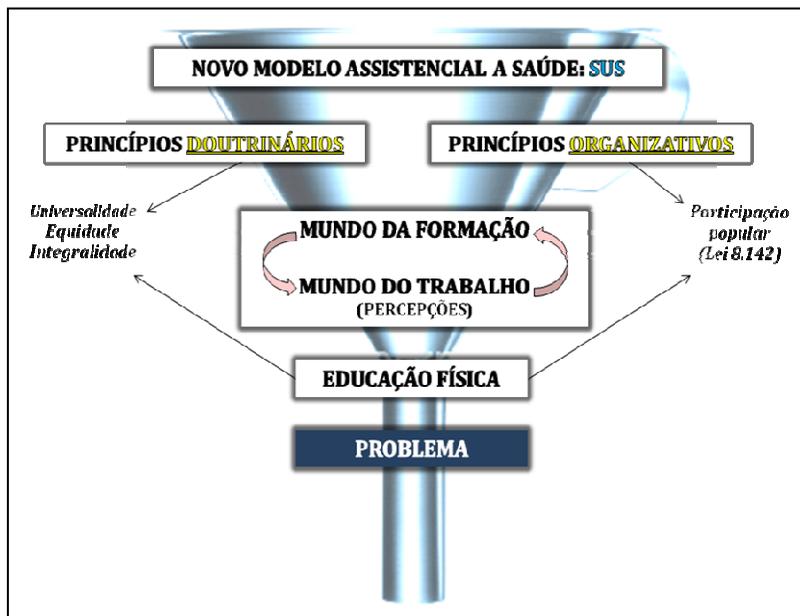


Figura 1: Contextualização das informações para definição do problema de pesquisa

Nesse sentido, a partir da contextualização das informações referentes a inserção da Educação Física na área de saúde pública e os elementos que influenciam a sua consolidação efetiva nesse setor chegamos a seguinte questão-problema: quais as percepções dos profissionais de Educação Física (PEF), inseridos no NASF, na cidade de Florianópolis, sobre o SUS?

2 OBJETIVOS

O objetivo geral do estudo foi analisar as percepções dos PEF, inseridos no NASF, na cidade de Florianópolis, sobre o SUS. Como objetivos específicos foram traçados: a) investigar a percepção dos PEF sobre o SUS antes e depois de sua inserção profissional na saúde pública; e b) conhecer a percepção dos PEF com relação aos princípios da universalidade, integralidade, equidade e controle social, visando relacioná-los com a intervenção profissional em Educação Física no cotidiano do SUS.

3 ENCAMINHAMENTO METODOLÓGICO

3.1 TIPO DE PESQUISA

Com o objetivo de identificar, classificar e relatar a percepção dos sujeitos acerca de um fenômeno, a pesquisa qualitativa do tipo descritiva deu suporte para delimitar as técnicas para seleção dos participantes, coleta e análise de dados (TRIVIÑOS, 1987).

A obtenção de dados oriundos dos próprios atores sociais, no seu campo de pesquisa, permite vislumbrar a manifestação de pontos de vista acerca das atividades, procedimentos e interações diárias a partir do contexto cotidiano do trabalho (GODOY, 1995) e história pessoal frente às circunstâncias. Nesse sentido, a abordagem qualitativa de pesquisa utilizada nesse estudo permitiu uma aproximação com o contexto de investigação, considerando os fenômenos segundo a perspectiva dos sujeitos, ou seja, dos participantes do estudo (MINAYO; SANCHES, 1993; DENZIN; LINCOLN, 2006).

3.2 CONTEXTUALIZAÇÃO DO LOCAL DO ESTUDO

A coleta de dados aconteceu na cidade de Florianópolis, no estado de Santa Catarina, região sul do Brasil. O município, no período da pesquisa, estava organizado em cinco Distritos Sanitários e possuía, aproximadamente, 50 centros de saúde.

O município de Florianópolis foi um dos precursores, no Brasil e no Estado de Santa Catarina, a incluir o PEF na saúde pública e, isso ocorreu em 2002, de forma contratual (CONSELHO REGIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA/SC, 2012). A intervenção profissional em Educação Física na saúde pública, no município, começou a ganhar visibilidade pela Secretaria Municipal de Saúde, em 2004, com a proposição de um programa de atividade física direcionado para a população de idosos. Esse projeto foi implementado dois anos após, e em 2007, resultou em um programa denominado Floripa Ativa, no qual os PEF ainda desenvolviam programas de atividade física, fortalecendo e consolidando a intervenção profissional na área. Em 2008, o município abriu dez vagas para concurso público para efetivação dos profissionais, que foram contratados no ano seguinte (BENEDETTI; BORGES, 2014).

De acordo com os direcionamentos legais e mais recentes sobre a organização do trabalho dos profissionais inseridos no NASF, o que inclui os PEF, consta que, de acordo com a modalidade de implantação no

município (BRASIL, 2012b), os profissionais devem estar vinculados a no mínimo uma e a no máximo 9 equipes de saúde da família.

Profissionais	Número de centros de saúde atendidos	Número de equipes de saúde da família atendidas
11 PEF	2	8
	3	8
	5	9
	5	9
	4	10*
	4	10*
	2	10*
	4	12*
	4	12*
	6	12*
	7	14*

Figura 2: Número de centros de saúde e equipes de saúde da família atendidas pelos PEF de Florianópolis

A realidade do município de Florianópolis, conforme indicado na figura 2, no que diz respeito a essa diretriz, mostrou que sete PEF estavam vinculados a mais equipes de saúde da família do que o estabelecido pelo Ministério da Saúde, conforme indicado pelos asteriscos, e quatro estavam dentro da indicação prevista (sem asterisco). Destacou-se também, nessa figura, o número de centros de saúde atendidos pelos profissionais, indicando uma variação de 2 a 7 instituições. Essa informação foi apontada para ressaltar o deslocamento exigido dos PEF para atender todas as unidades de saúde. A codificação dos profissionais foi omitida nessa figura para preservar a identidade dos entrevistados.

3.3 SELEÇÃO DOS PARTICIPANTES

A presente pesquisa contou com a participação de 11 PEF, do total de 12 vagas que o município de Florianópolis estabelece para essa área de conhecimento na APS. Uma das vagas, no período da pesquisa, estava em aberto, por conta do pedido de exoneração recente de um profissional da rede. Dessa forma, concordaram participar da pesquisa todos os PEF que

estavam atuando na Secretaria Municipal de Saúde da cidade, em dezembro de 2014.

A decisão de contemplar todos os PEF, na presente pesquisa, foi intencional, com o propósito de realizar o levantamento de percepções de sujeitos, de uma mesma categoria profissional, inseridos em diferentes Distritos Sanitários dentro de um mesmo município, pertencentes a territórios distintos, com realidade sociais também divergentes. Além disso, trata-se de uma profissão que foi recentemente regulamentada na saúde pública e que ainda requer estudos sobre o potencial da sua intervenção profissional nos problemas de saúde que mostram-se evidentes na sociedade moderna.

Para manter o sigilo das informações e preservar a identidade dos sujeitos investigados, os PEF participantes da pesquisa foram codificados com a sigla "PEF", acrescida de uma numeração. Em alguns momentos da apresentação e discussão dos dados, a sigla e numeração foram omitidas para impedir a identificação dos sujeitos.

A pesquisa foi aprovada pela Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde, da Secretaria Municipal de Florianópolis, e pelo Comitê de Ética em Pesquisa, da Universidade do Estado de Santa Catarina, sob parecer nº 919.476. Todos os PEF assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

3.4 COLETA DE DADOS

Para coleta de dados, optou-se pela técnica de entrevista semiestruturada (TRIVIÑOS, 1987; LAVILLE; DIONNE, 1999). Esse método possibilita que o pesquisador organize, em forma de perguntas, os assuntos que pretende investigar e permite que, durante a coleta de dados, ele realize perguntas de esclarecimento aos sujeitos, quando necessário, sem emitir opiniões sobre o assunto. Estudos semelhantes referentes à percepção sobre SUS e seus princípios deram respaldo e suporte para a tomada de decisão com relação a esse método de coleta de dados (BERNARDES, 2005; FORTES, 2009; LINARD et al., 2011).

Antes da coleta com os PEF de Florianópolis, o instrumento foi aplicado, em forma de projeto-piloto, com dois PEF inseridos na APS, na cidade de Londrina, Paraná, no período de julho de 2014, com o intuito de verificar se as questões estavam compreensíveis e se atingiam os objetivos definidos para a pesquisa. Após a aplicação das entrevistas, os participantes do projeto-piloto emitiram opiniões e apontaram sugestões sobre o instrumento e as modificações foram feitas para a versão final.

O roteiro de perguntas, após a aplicação do projeto-piloto, foi organizado em duas partes, sendo: a) uma composta por questões gerais, referentes à graduação, pós-graduação e tempo de atuação na saúde pública, na qual o entrevistado preenchia uma ficha com essas informações, e b) a outra composta por questões referentes à percepção dos PEF sobre o SUS, na qual o participante emitia suas opiniões e pontos de vista de forma verbal. No total, o roteiro da entrevista foi composto por questões-base, organizadas em quatro grandes temas, definidos a priori, sendo: 1) Formação Profissional; 2) Percepções sobre o SUS: visão geral; 3) Percepções sobre os princípios do SUS; e 4) Perfil dos profissionais de saúde para atuação no SUS (Apêndice A).

As entrevistas foram gravadas com um gravador da marca Sony e transcritas na íntegra para o programa do Word. A transcrição dos dados resultou em um material de 99 páginas, com margens de três centímetros, fonte Times New Roman e tamanho da letra 12. O tempo total de entrevistas somou 439 minutos, sendo que a entrevista mais curta teve 25 e a mais longa, 65 minutos. O mesmo pesquisador realizou todas as entrevistas e as perguntas de esclarecimento foram utilizadas como apoio para instigar as respostas, conforme apêndice 1.

Todas as entrevistas com os PEF foram previamente agendadas por e-mail e/ou telefone e o local para coleta de dados foi indicado pelo próprio sujeito da pesquisa.

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

A técnica de análise de conteúdo (BARDIN, 2004) foi adotada para agrupar as informações advindas do material transcrito, pois essa possibilita organizar os dados coletados a partir do número de vezes em que os assuntos aparecem, ou ainda, pela ausência da aparição da informação. A leitura inicial do dados, apontada pela autora como leitura flutuante, possibilitou o primeiro contato com as informações antes da definição das unidades de registro e de contexto. Além disso, esse método permitiu extrair das transcrições, os significados e as representações que se fizeram presentes ou ausentes na fala do entrevistado, resultando na criação de temas e categorias para sua análise, ambos estratégias de mapeamento dos dados para facilitar sua correlação e compreensão. As categorias, na análise de conteúdo, podem ser definidas a priori (antes da coleta de dados), a posteriori (após a coleta de dados) ou ainda, podem ser mistas.

As categorias para análise dos dados da presente pesquisa, referentes à temática acerca das percepções dos PEF sobre SUS, foram estabelecidas a

priori, isto é, a partir dos temas norteadores que constavam no roteiro de entrevista semiestruturada, as categorias foram definidas na sequência, com o intuito de delimitar a análise dos assuntos que se pretendia investigar.

Destaca-se que a definição das categorias a priori não teve intenção de engessar as informações a serem investigadas. Essa decisão baseou-se na necessidade de realizar um recorte temático na literatura existente sobre o SUS, pela amplitude de dados que caracterizam e definem suas políticas e processos de trabalho, como leis, diretrizes, cadernos, resoluções, cartilhas, entre outros. Nesse sentido, as categorias elaboradas para a presente pesquisa foram ao encontro de informações caracterizadoras e estruturantes do SUS, previstas em documentos governamentais, e permitiram a visualização de percepções e pontos de vista acerca desses aspectos traçados para esse sistema.

4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS

A apresentação dos dados, nessa seção, foi organizada a partir dos itens do roteiro de entrevista semiestruturada utilizado para coleta de dados.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA: PERFIL E FORMAÇÃO PROFISSIONAL

No total foram entrevistados 11 PEF, atuantes no NASF, da Prefeitura Municipal de Florianópolis, sendo nove do sexo feminino e dois do sexo masculino. A média de idade dos PEF foi de 32 anos, variando entre 27 e 41 anos. O tempo médio de formação profissional foi de 8,5 anos, sendo 2001 e 2010 os anos de referência para os formados há mais e menos tempo, respectivamente. Nenhum profissional se formou na modalidade de licenciatura, sendo, portanto, seis entrevistados com formação no bacharelado e cinco na licenciatura ampliada (Figura 3).

De acordo com Steinhilber (2006), a licenciatura tem um foco direcionado, exclusivamente, para atuação nas diferentes etapas e modalidades da educação básica. Já o bacharelado contempla os campos de atuação fora do âmbito escolar. A licenciatura ampliada era uma modalidade de formação que habilitava profissionais para atuação tanto no contexto escolar como fora dele, ou seja, uma formação denominada generalista, porém, atualmente, os cursos de Educação Física habilitam, especificamente, para as duas formações supracitadas.

Todos os PEF possuíam pelo menos um curso de pós-graduação, sendo que seis realizaram especialização na área de Saúde da Família e um na área de Saúde Coletiva, ou seja, dentro da temática do SUS. Quatro entrevistados concluíram curso de mestrado, sendo três na área da Educação Física, não especificamente na saúde pública, e um na área de Psicologia.

Todos os PEF mencionaram que no curso de graduação em EF não foram abordados conteúdos relacionados à saúde pública (SUS). Com relação à menção sobre o papel do Estado nas políticas públicas, de maneira geral, em diferentes setores, como educação, lazer, esporte, entre outros, oito PEF apontaram ter tido contato com esse assunto na formação inicial, porém de forma superficial e sucinta, resultando em discursos com pouca propriedade e fundamentação acerca de políticas sociais. A maioria das abordagens diz respeito as políticas educacionais (3 PEF), esportivas (2 PEF) e de lazer e recreação (3 PEF). Por fim, o tempo médio de atuação na saúde pública foi de 3 anos, variando entre 2 e 5 anos.

Codificação	Idade (anos)	Graduação		Pós-graduação Especialização (ESP) Mestrado (MES) e/ou Doutorado (DOU)	Tempo de atuação - Saúde Pública (anos)
		Ano de formação e modalidade: Bacharelado (BAC), Licenciatura (LIC) ou Licenciatura ampliada (LICA)			
11 PEF	27	2008	BAC	ESP (1)	5
	28	2008	BAC	ESP (2)	2
	28	2008	BAC	ESP (1) MES (1)	5
	29	2007	LICA	ESP (1)	2
	29	2007	LICA	ESP (1) MES (1)	5
	30	2006	BAC	ESP (1) MES (1)	5
	31	2007	BAC	ESP (1)	5
	34	2010	BAC	ESP (1)	2
	38	2002	LICA	ESP (1)	2
	41	2001	LICA	ESP (2) MES (1)	5
	41	2008	LICA	ESP (1)	3
MÉDIA	32	8,45 anos	⁶ BAC/5 LICA	11 ESP/4 MES	3

Figura 3: Caracterização dos PEF entrevistados no município de Florianópolis (2014/2015).

Pasquim (2010) afirma que grande parte das disciplinas que compõem a grade curricular dos cursos de graduação em saúde e, também na Educação Física, deveriam abordar e contemplar saberes do campo de atuação da saúde pública como parte do entendimento global sobre esse contexto, visando "interdisciplinar o conhecimento" (p.199). Além disso, a

abordagem da temática acerca do papel do Estado nas políticas econômicas e sociais, sobretudo na área da saúde, precisam ser contempladas como conteúdos da disciplina de saúde pública e mencionados de maneira homogênea durante todo o curso, visando contribuir com a formação crítica e reflexiva que evidencia esse cenário de atuação governamental nos setores públicos. Em outras palavras, os alunos, enquanto cidadãos, precisam reconhecer o seu direito enquanto usuários do SUS e compreender as dificuldades que o sistema enfrenta para seu funcionamento, pois essa realidade será palco das suas intervenções profissionais futuras.

Não foi foco dessa pesquisa discutir as questões referentes à formação profissional, embora seja um tema de grande relevância para a área da Educação Física e relacionado com o assunto do presente estudo. Essas informações foram mencionadas com o objetivo de caracterizar o perfil dos PEF e da formação obtida nos cursos de graduação.

4.2 PERCEPÇÕES DOS PEF SOBRE O SUS

A inclusão desse tema no roteiro de perguntas teve como objetivo analisar a percepção dos PEF a) antes de fazerem parte do sistema de saúde pública como servidores municipais, visando a identificação das impressões externas e b) após sua inserção no SUS, com o intuito de identificar as impressões internas.

Categoria 1: Percepção antes da inserção como PEF no SUS

Todos os PEF entrevistados apontaram que não frequentavam o SUS antes de sua inserção no sistema de saúde. Dos 11 participantes da pesquisa, seis relataram claramente que possuíam plano de saúde e cinco referiram não ter entendimento de como o SUS funcionava. Dois PEF ainda apontaram que como o SUS não fazia parte da sua realidade, eles não se atentavam para os problemas coletivos de saúde pública, como exemplificado no relato a seguir:

"[...] nunca cheguei a frequentar um posto de saúde. E a minha percepção é que tinha muita fila, que demorava, que as vezes não era atendido, e na verdade, assim, eu não pensava tanto, mas quando passava alguma notícia, como não fazia parte de mim, do meu cotidiano, eu não chegava a pensar" (PEF 8).

No período da pesquisa, dois PEF apontaram que passaram a ser usuários do SUS. Além disso, embora cinco PEF não frequentassem os serviços de saúde pública, regularmente, eles mencionaram que as vacinas obrigatórias e as vacinas referentes as campanhas governamentais eram realizadas nos centros de saúde, na AB.

As percepções dos PEF antes de conhecerem a dinâmica e proposta de trabalho do SUS, apontavam para um difícil acesso aos serviços, falta de especialistas, tempo de espera nas filas para consultas e atendimentos pontuais, falta de equipamentos para exames, dificuldade para realização de cirurgias e estruturas físicas das instalações não adequadas.

"[...] quando passa pra média complexidade, quando você precisa de um exame, quando você precisa de um atendimento de um especialista, aí existem filas gigantescas e ai...o...né, o funcionamento fica um pouco mais complicado" (PEF 6).

"[...] a gente vê que falta muito ainda, tem um caminho a trilhar bastante grande assim, principalmente nas questões financeiras, né, pra contratação de pessoal, materiais, equipamentos, falta tudo" (PEF 9).

Os PEF mencionaram ainda que a mídia tem um grande poder de influenciar os usuários na forma de pensar o SUS, pois a dissipação em massa de informações referentes aos problemas detectados na prestação de serviços, potencializam essa visão sobre o SUS e, em alguns momentos, se as informações forem mal compreendidas ou mal contextualizadas, podem ser divulgadas e interpretadas equivocadamente.

"[...] realmente eu imaginava que não funcionava, eu não tinha nem ideia de como funcionava o posto de saúde. Acho que falta muito da própria mídia falar sobre isso, porque eles só falam o que tá errado, né? Que vão quebrar o pau, e tal, mas nunca falaram como é que funciona" (PEF 10).

"Não tinha muito entendimento, sabia apenas da [...] questão mais de...de...mídia mesmo de saber que o hospital não funciona, que as coisas são ruins, que é difícil ter vaga, que é difícil [...] arrumar uma cirurgia, mais aquele telespectador mesmo que via pela televisão, eu não tinha contato com o SUS não" (PEF 11).

Tal fato é constatado na categoria seguinte, quando os PEF relatam as percepções atuais sobre o SUS e o entendimento das barreiras e

dificuldades encontradas nos serviços oferecidos. Vale destacar que dois entrevistados acreditavam que o SUS poderia ser frequentado apenas por pessoas com baixo poder aquisitivo ou sem condições de pagar por serviços privados de saúde, conforme relatos abaixo:

"[...] a percepção que eu tinha é que era para classe baixa, né...média baixa, assim. O SUS não era pras pessoas que tinham uma melhor condição de vida" (PEF 2).

"Eu não fazia ideia de como funcionava [...], considerava que era pra pessoa com baixo poder aquisitivo...que qualquer outra pessoa que usasse estaria tirando a vez de quem precisava" (PEF 3).

Esses relatos apresentam relação com as características do PEF que está ingressando nesse campo de trabalho, pois reconhece-se que as mudanças na matriz pedagógica dos cursos de graduação, com inclusão de disciplinas e discussões acerca do campo da saúde pública, vem sendo incorporadas paulatinamente, mas ainda não se aproximam-se da realidade de formação e atuação cotidiana do SUS. Nesse sentido, destacam-se algumas barreiras a serem superadas: a) a urgência nas transformações das grades curriculares, pela crescente e emergente demanda por essa área de conhecimento no SUS e a constatação da preparação insuficiente dos egressos que se inserem nesse contexto (RODRIGUES et al., 2013), com olhar equivocado sobre o sistema de saúde do próprio país; b) os cursos de Educação Física que contemplam a disciplina de saúde pública nem sempre contam com professores formados nessa área ou com vivência como usuários do SUS para ministrarem aulas (PASQUIM, 2010), assinalando a possibilidade de reprodução de conhecimentos, também, equivocados acerca do sistema de saúde pública brasileiro; e c) o perfil do quadro docente que compõe os departamentos das universidades de Educação Física também aparece como barreira para implantação dessas disciplinas, uma vez que isso implicará mudanças na forma de pensar a inserção do PEF em novos campos de atuação, no caso, a saúde pública, que aparece como contexto de prática profissional eminente, promissor para reserva de mercado e identidade da área, num curso que ainda está tomado pela prática biologicista e técnico-esportiva.

Categoria 2: Percepção após a inserção como PEF no SUS

A partir das percepções atuais dos PEF inseridos na saúde pública, constatou-se que dos 11 entrevistados, oito ressaltaram que a grande barreira do SUS está relacionada aos encaminhamentos para as especialidades na atenção secundária e ao encaminhamento para exames de alto custo na atenção terciária. Dois profissionais apontaram que a AB em Florianópolis tem funcionado de forma estruturada e positiva (PEF 2: "[...] quando a gente sai daqui de Florianópolis e vai para outros locais, a gente percebe que aqui é muito bom / PEF 6: "[...] a atenção básica, o acesso hoje ele funciona bem na grande Florianópolis"), mas os demais níveis de atenção merecem maior investimento e mudanças para diminuir o tempo de espera entre o diagnóstico e tratamento das doenças.

"[...] infelizmente ainda tem muita dificuldade nas especialidades, né, então eu guardo dentro de mim o receio de...se eu precisar de uma especialidade, aí eu acho que vou ter que recorrer ao particular, né, porque não tem como aguardar o que esse povo aguarda aí fora" (PEF 4).

"[...] quando passa pra média complexidade, quando você precisa de um exame, quando você precisa de um atendimento de um especialista, aí existem filas gigantescas e aí [...] o funcionamento fica um pouco mais complicado" (PEF 6).

Quatro PEF apontaram que o SUS era um sistema de saúde que funcionava e possuía potencialidades, como o trabalho multidisciplinar. Um entrevistado destacou um sentimento de indignação quando as pessoas criticavam o sistema.

"O SUS no papel é incrível, falta a gente dar asas pra esse SUS e botar ele a funcionar da forma que deveria. É engraçado quando a gente trabalha assim no SUS, que a gente veste a camisa mesmo, meu Deus, eu fico indignada quando falam mal" (PEF 1).

No entanto, três participantes relataram que a proposta teórica do SUS, presente nos documentos governamentais e Leis Orgânicas, aparece muito bem estruturada e no formato ideal, mas na prática existe um afastamento entre o que é preconizado e o que realmente é desenvolvido:

"[...] no papel ele é perfeito, né, na prática não é...acho que muita coisa funciona, outras não funcionam, acho que tem muita burocracia, né?...acho que tem poucos profissionais, acho que as pessoas têm um visão também errada" (PEF 4).

"Eu acho que a teoria é muito boa, na prática fica um pouco complicado, principalmente pela gestão [...] eles formulam teorias muito bonitas assim, mas na hora de aplicar na prática [...] não é isso que acontece" (PEF 7).

A justificativa apontada para esse distanciamento, segundo um PEF, foi que os proponentes de políticas e ações não estão, necessariamente, inseridos no cotidiano do processo de trabalho, e as propostas indicadas para a APS, muitas vezes, não condizem com a realidade local e tornam-se pouco aplicáveis ou inviáveis. Além disso, o excesso de população por equipe de trabalho aparece como um dificultador na realização do trabalho com qualidade na AB, assim como a falta de recursos materiais e barreiras estruturais, como falta de equipamentos e salas para desenvolver as atividades, respectivamente.

Quatro entrevistados indicaram que existem muito profissionais criativos e comprometidos com a saúde pública, que elaboram propostas de ações diferenciadas para o cotidiano do trabalho em saúde, no entanto esbarram-se em barreiras burocráticas e falta de investimento da gestão. Tal fato, por sua vez, desestimula os servidores públicos na proposição de novas idéias para o SUS. As atitudes de mudança frente a uma realidade, por meio da iniciativa, criatividade e proatividade dos profissionais, são características determinantes e decisivas para gerar transformação social e impactar na mudança de hábitos e atitudes dos próprios usuários no entendimento sobre seu processo de saúde e doença. A abordagem tradicional dos cuidados em saúde, com consultas ambulatoriais específicas e na relação médico-paciente, por exemplo, muitas vezes não estimula os pacientes a modificarem suas atitudes e comportamentos, diferentemente de quando recebem estímulos distintos a partir de outras abordagens, como grupos de educação em saúde e ações de promoção da saúde, com enfoque ampliado sobre a saúde.

A mudança de percepção com relação ao SUS, antes e depois de se inserirem no sistema, foi encontrada nos relatos dos profissionais, indicando que o entendimento do contexto social e político no qual estão inseridos favorece o entendimento sobre suas dificuldades, barreiras e potencialidades, instigando a reflexão sobre a mudança de atitudes e forma de pensar e fazer a saúde dentro de um sistema de saúde que ainda apresenta empecilhos para sua concretização, conforme foi regulamentado e preconizado, mas que as diretrizes e princípios traçados, se cumpridos, fortalecem toda a assistência à saúde da população.

4.3 PERCEPÇÃO DOS PEF SOBRE OS PRINCÍPIOS DO SUS

Categoria 1: Universalidade

O princípio da universalidade foi mencionado por todos os PEF como o direito de acesso aos serviços no sistema de saúde. Três PEF mencionaram que acesso ao SUS era prejudicado na questão da inter-relação entre os três níveis de atenção, pois na AB as demandas eram atendidas, mas na continuidade do cuidado, constatou-se que os serviços da atenção secundária e terciária não possuem a mesma qualidade que o acessos aos serviços da APS. Por exemplo:

"[...] quando a gente pensa [...] atenção básica, como ela tem um acesso maior a todos, a gente trabalha com [...] a universalidade. Mas quando a gente pensa nos outros níveis de atenção, principalmente especialidades e alta complexidade [...] existe esse gargalo e daí [...] o acesso sendo mais difícil, a gente não garante esse acesso a todos, né?" (PEF 1).

"O acesso, conforme a urgência, eu acredito que funcione, né? Então [...] o paciente chega no pronto-socorro, precisa do atendimento, 90% das vezes ele vai conseguir esse atendimento, né? Agora se for uma questão mais simples, muitas vezes ele fica a margem do sistema, né, ele não consegue o acesso ou [...] pode levar até dois anos pra conseguir um exame, ou uma consulta" (PEF3).

Além disso, outro fator importante percebido por cinco PEF com relação à qualidade do acesso, foi o aumento populacional na cidade, por questões turísticas e de migração, e a falta de investimento na ampliação das estruturas físicas das instituições de saúde e o investimento em recursos humanos, como exemplificado no relato:

"Florianópolis é uma cidade que chega muita gente pra morar de fora, e os recursos financeiros, de pessoal não acompanham esse crescimento [...] tu acaba dificultando o acesso dessas pessoas por estrutura [...] de pessoal, de estrutura física, material e tal. Então todo mundo tem direito ao atendimento, o atendimento tem que ser universal a todo cidadão, no entanto, [...] a questão de gerenciamento de custos não compõe esse princípio" (PEF 7).

Mendes (2013, p.29), vai ao encontro dessa afirmação e aponta que além do aumento demográfico, outros fatores também influenciam a efetividade do sistema:

A razão desse problema está no descompasso temporal que ocorre entre uma evolução muito rápida dos fatores contingenciais do sistema de saúde (transição demográfica, transição nutricional, transição epidemiológica e inovação tecnológica) e a baixa velocidade desse sistema em adaptar-se a essas mudanças por meio de reformas internas (cultura organizacional, arranjos organizativos, modelos assistenciais, modelos de financiamento, sistemas de incentivos e liderança).

O financiamento insuficiente e o crescimento da atenção primária em velocidade baixa e com qualidade abaixo da necessária prejudicam a qualidade do acesso aos serviços de saúde pelos usuários (CAMPOS, 2007). Isso implica, segundo o relato de um dos profissionais, na sobrecarga de trabalho, com poucos recursos humanos e crescimento excessivo da demanda, resultando em afastamentos médicos (atestados), desfalcando o quadro de profissionais e prejudicando ainda mais o acesso aos serviços de saúde, que tornavam-se mais lentos e demorados.

O fato de parte da população ter plano de saúde, segundo relato de dois PEF, diminuía as barreiras de acesso ao SUS, uma vez que desafogava os atendimentos desde a APS, pois se o atendimento fosse realizado para 100% da população, outras dificuldades de acesso seriam encontradas para atender todos os cidadãos. Dados mostram que o número de pessoas beneficiadas com planos privados de saúde é crescente, chegando, de acordo com dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar, a mais de 50 milhões ao final de 2013, com crescimento médio anual de 3,6% nos últimos cinco anos (ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE HOSPITAIS PRIVADOS, 2015). De acordo com Mendes (2013), o SUS tem atendido 140 milhões de pessoas, e 48 milhões têm recorrido ao sistema de saúde suplementar. Além disso, muitos destes indivíduos acessam concomitantemente o SUS quando o sistema privado apresenta limites de cobertura de assistência à saúde.

Tal fato instiga a reflexão acerca do aumento de beneficiários que gastam com saúde no país, uma vez que é direito de todos o acesso aos serviços de saúde e deveria contemplar, com qualidade, todos os cidadãos brasileiros, dentro do princípio da universalidade. No entanto, reconhece-se cotidianamente as dificuldades da saúde pública no Brasil, como a falta de profissionais e equipamentos para diagnóstico e tratamento de doenças,

investimento reduzido, sobretudo na destinação de verba em nível estadual. Um artifício que aparece nesse contexto, visando solucionar esse problema, para indivíduos de classe média/alta, é a aquisição de planos de serviços privados, legalizados na Constituição Federal (BRASIL, 1988).

Mendes (2013) alerta que os gastos públicos com saúde, no Brasil, tende a não consolidar o SUS como direito de todos e dever do Estado, caracterizando os serviços, a longo prazo, como assistência à saúde para "as classes mais baixas e um resseguro para procedimentos de alto custo para as classes médias e para os ricos" (p.31).

Um PEF ressaltou que populações ciganas e artistas de rua e circo que frequentavam a cidade encontravam dificuldades de acesso à APS, pois como não possuíam comprovação de residência, por serem nômades, e esse requisito era determinante para cadastro no SUS, muitas vezes não conseguiam utilizar os serviços (PEF 9 - "*[...] falando do acesso pros povos ciganos e de circo...eles não têm comprovante de residência, eles são nômades, e aí, eles não vão receber saúde?*")

Um PEF também apontou que em casos de impedimento para acessar os serviços do SUS, sobretudo no níveis de atenção secundária e terciária, os usuários que recorriam aos meios jurídicos conquistavam o acesso aos serviços de prevenção e tratamento (PEF 9 - "*[...] na teoria funciona, funciona super bem, mas [...] a acessibilidade é difícil, [...] não dá pra dizer que tá garantido, né? E quem vai na justiça, aí consegue de forma bastante clara assim, né?*").

Essa afirmação aparece como um paradoxo, uma vez que é direito de todos o acesso aos serviços preventivos, curativos e de reabilitação no SUS, garantido pelo Estado. Porém, Mendes (2013) ressalta que para concretizar a universalização do SUS, o Ministério da Saúde deveria dobrar seu orçamento destinado à saúde, tendência que tem sido fortemente decrescente e frustrante em nível federal. A questão da judicialização, apontada pelo entrevistado, também sofre influência do lobby, que de forma, obscura e duvidosa, muitas vezes, influência as decisões públicas, basicamente na forma de comunicar, debater ou de tentar convencer parlamentares ou executivos do governo a tomar uma determinada decisão para atender a interesses particulares ou gerais, como é o caso das indústrias farmacêuticas, que as vezes, voltam-se para interesses próprios muito mais do que as reais necessidades terapêuticas no setor da saúde pública (MARQUES, 2009).

A área da Educação Física apresenta peculiaridades em sua intervenção profissional, no contexto da AB, que possuem relação direta com o princípio da universalidade: a) os Grupos de Atividade Física (GAF)

realizados ao ar livre aparecem como atrativos motivacionais para a comunidade, incentivando a realização de atividade física a partir do olhar sobre a prática desenvolvida pelos atores sociais, profissionais, usuários e gestão; e b) os usuários que procuram os GAF nos centros de saúde não necessariamente apresentam problemas de saúde ou foram encaminhados pelas equipes de SF, mas procuram os profissionais para receberem orientações gerais sobre atividade física e mudança de hábitos. Em outras palavras, o acesso aos GAF, para todos os cidadãos, não estão vinculados, exclusivamente, à encaminhamentos e problemas de saúde. Dessa forma, a demanda para acessar os GAF mostram-se cada vez mais crescentes, o que representa um fator positivo para impactar sobre as doenças crônicas não transmissíveis, porém, algumas dificuldades de inserção dos usuários mostram-se presentes na APS, conforme apontaram entrevistados.

Dos 11 entrevistados, sete apontaram que o princípio da universalidade na intervenção profissional em Educação Física, no NASF, não era contemplado no momento em que os GAF apresentavam filas de espera e restringiam a participação a públicos específicos, como gestantes, hipertensos, diabéticos e idosos:

"[...] a gente tem em alguns grupos fila de espera, alguns grupos têm uma dificuldade de acesso e isso interrompe, muitas vezes, a universalidade" (PEF 1).

"[...] os nossos grupos de atividade física existe prioridade, não tem vaga para todo mundo, né? Então eu vejo que aí não se atinge a universalidade, né?" (PEF 4).

A tentativa de contemplar o acesso aos usuários que procuravam os GAF e não conseguiam se inserir nessa prática coletiva, voltava-se para o atendimento individual, com orientações gerais de exercícios para serem realizados em casa, e discussões de caso com as equipes de saúde da família, como apontado por cinco PEF.

"[...] qualquer paciente que queira e tenha conhecimento, né [...] de que pode ter uma orientação relacionada à área da Educação Física, ele tem garantido [...], as vezes também não é imediato, né, conforme a necessidade, a gente procura discutir todos os casos com as equipes e a gente dá um jeito de colocar na agenda" (PEF 3).

"O que eu tento fazer é essas pessoas que aguardam eu tento ofertar uma outra possibilidade, nem que eu chame pra um atendimento

individual e aí proponho exercícios que ela possa tá fazendo em casa enquanto ela aguarda ser chamada, né? Não houve acesso ao grupo, mas há uma tentativa de incluir a pessoa, né, de alguma maneira, de colocar atividade física na vida dela" (PEF 4).

A falta de espaço, a falta de materiais e a falta de recursos humanos para orientação de atividade física também foram mencionados pelos PEF. Com relação a falta de recursos humanos para atendimento dos usuários com programas de atividade física, Santos e Benedetti (2012) apontaram que o número de PEF por população coberta pela Estratégia de Saúde da Família, em nível nacional, atinge um coeficiente que é inferior a um profissional por 100.000 habitantes. Esse argumento, na fala dos entrevistados, impossibilita um trabalho com vínculo social e qualidade.

A percepção com relação aos locais onde os PEF atuavam, também apresentou relação com o princípio da universalidade, assim como a questão da dificuldade de acesso dos usuários aos locais onde os GAF eram oferecidos, em função de um sistema de transporte público deficitário.

"[...] quando eu penso em espaço físico, [...] essa mesma unidade, né, que tem melhores condições, tem o espaço físico adequado e a demanda é menor [...] e uma outra unidade que não tem espaço físico adequado, ou que até tem algum espaço, só que a demanda é tão grande que eu não consigo atender todo mundo [...] já fica restrito [...] para nós da Educação Física, a questão do espaço físico é importante [...] aí já entra também o sistema de transporte, as vias públicas [...] bem precário[...] não facilita o acesso" (PEF 9).

Somado a isso, a ausência de locais distintos para a prática de atividade física dentro do território de abrangência de um centro de saúde, corrobora essa afirmação apontada acima, pois além da questão viária dificultar o acesso da população aos serviços de saúde, a existência de locais em diferentes pontos da comunidade poderia favorecer a prática de exercícios e, ainda, estimular a mudança de hábitos dos moradores locais, conforme apontado por Malta e colaboradores (2009). Os autores ainda apontam que os desafios relacionados à ampliação do acesso à prática de atividade física e ao incentivo das práticas corporais encontra-se na concretização de parcerias intersetoriais e na definição de estratégias que garantam espaços prazerosos e adequados, com segurança, arborização e transporte público, além de incluir debates e reflexões sobre "planejamento urbano, a mobilidade urbana e as desigualdades e iniquidades no acesso a

espaços públicos saudáveis" (p.82). Segue abaixo relato de um PEF que vai ao encontro desse apontamento:

"[...] os pacientes é a mesma coisa, se eles tivessem essa oportunidade, se a gestão tivesse voltada pra ampliar esse acesso [...] em relação a promoção da atividade física, né, com os espaço público de lazer adequado, dentro das mais variadas possibilidade, né?" (PEF 11).

Vale ressaltar que três PEF abordaram uma temática de grande relevância para a saúde pública, que tem sido preconizada pelas diretrizes governamentais, no que tange a redução de gastos para o SUS e mudança na forma de pensar os cuidados com a saúde, a longo prazo, nos três níveis de atenção: as ações de promoção de saúde. Estas, por sua vez, apontam o aumento do nível de atividade física na população como uma das estratégias fundamentais para impactar reduções nos gastos públicos, como previsto na Políticas Nacional de Promoção de Saúde (BRASIL, 2010). No entanto, são pouco desenvolvidas na intervenção profissional em Educação Física, e de maneira geral, eram contempladas nas abordagens multidisciplinares nos grupos de educação em saúde e consultas individuais na AB. O foco ainda está voltado para tratamento de doenças já adquiridas, como exemplificado no relato abaixo:

"[...] a gente ta sempre pegando paciente que já ta adoecido, paciente que já é diabético, que já é hipertenso, paciente que já tem problema osteomioarticular pra tentar amenizar o problema. Então a idéia seria que a gente começasse a trabalhar e não deixasse que o paciente chegasse nesse nível, né. Trabalhar mais com prevenção e promoção da saúde mesmo" (PEF 2).

Os profissionais apontaram que indivíduos saudáveis que buscavam orientações gerais sobre atividade física e mudanças de hábitos, nos GAF, algumas vezes, não eram atendidos: a) por conta da existência da priorização de usuários com algum problema de saúde (como apontado acima); b) pela pouca permanência dos PEF nas unidades, já que atendiam outros centros de saúde e apoiavam outras equipes de saúde da família, não possibilitando a ampliação de GAF oferecidos; e c) pelo horário que as atividades eram oferecidas, não conseguindo abarcar trabalhadores que cumpriam horário comercial, pois os GAF eram realizados somente dentro do horário de funcionamento dos centros de saúde. Consequentemente, a população beneficiada era, majoritariamente, aposentados, idosos e pessoas

"do lar", não contemplando, dessa forma, outros públicos que tinham interesse e necessidade de usufruir dos programas de atividade física. Vale ressaltar que em Florianópolis, a partir do estabelecimento da Carteira de Serviços para a AB, em 2014, como forma de uniformização dos serviços oferecidos pelos centros de saúde da cidade, as unidades básicas seguem as mesmas orientações de funcionamento, inclusive o mesmo horário de abertura e fechamento, salvo algumas exceções (PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS, 2014). Os relatos exemplificam essas afirmações:

"Questão do horário, entendo eu, [...] os espaços físicos de lazer, que são escassos, principalmente na nossa região aqui, que não tem uma beira mar, não tem um [...] parque grande [...] a gente não tem esses espaços de lazer com acesso, né? E isso influencia muito a nossa atividade [...] então, dependendo do local onde a pessoa mora, [...] as necessidades dela não são contempladas devido ao ambiente, devido ao horário e acho que isso influencia bastante" (PEF 1).

"[...] a gente sabe que uma grande população que precisaria de trabalho de conscientização, trabalhar mudança de hábitos, incluir atividade física e outros hábitos saudáveis na vida deles, não tem acesso porque o horário deles é incompatível com o horário que é oferecido o serviço, né, da Educação Física" (PEF 6).

"[...]a nossa área assim, de atividade física e saúde, nutrição, de saúde de forma geral, existe o acesso, né, em horário comercial, aí eu acho que quem consegue abrir mão do trabalho, do estudo, de outras atividades [...] aí tá um pouco mais acessível...quem é do lar, quem tá afastado do trabalho, aí tá mais garantida a universalidade na atenção básica" (PEF 9).

O Programa da Academia da Saúde, mencionada por três PEF, também apareceu como um recurso que poderia viabilizar a garantia e amplitude de acesso da população aos GAF, pois representaria um espaço destinado para ações de promoção da saúde, contando com a presença do PEF e outros profissionais das equipes de saúde da família, do NASF e participação dos moradores da comunidade para apoiar as ações.

"[...] a academia da saúde, se a gente tivesse implantado aqui, a gente poderia aumentar muito o acesso a nosso serviço, ter esse

atendimento a um número maior de pessoas também, né, garantir esse acesso a todos [...] porque a gente teria um espaço para aquilo [...] seria um pouquinho mais uma porta de entrada, um pouquinho mais aberta do que nosso trabalho como apoiadores do NASF, né?" (PEF 1).

Além disso, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2014), essa proposta configura-se como ponto de atenção da Rede de Atenção à Saúde, de forma complementar e potencializadora das ações de cuidados individuais e coletivos na AB, com foco na intersetorialidade, interdisciplinaridade e territorialidade, reconhecendo o espaço como produtor de saúde. Porém, o descompasso entre o número de academias aprovadas (aproximadamente, 4.000) e o número de academias implantadas (aproximadamente 400), em 2014, traz a tona a problemática referente a esse programa, indicando o desafio para concretização e viabilidade de ampliação de acesso dos usuários aos programas de atividade física, que poderiam ser beneficiados com essa proposta.

Categoria 2: Equidade

A proposta de análise desta categoria não foi discutir o conceito entre igualdade/desigualdade e equidade/iniquidade e sua profundidade histórica e política. Reconhece-se que o termo equidade foi incluído, recentemente, como princípio do SUS e não consta essa redação, legalmente, nos documentos governamentais (SCOREL, 2001). Entende-se que a igualdade e desigualdade são elementos mensuráveis e pontuais se analisados dentro da realidade brasileira no que diz respeito à renda e condições sociais. Já a equidade e iniquidade consideram a complexidade e particularidade de elementos sociais, e referem-se a conceitos políticos que, de acordo com Kawachi, Subramanian e Almeida-Filho (2002), expressam um compromisso moral com a justiça social, influenciando a elaboração e implementação de políticas públicas e aproximando-se do conceito ampliado de saúde.

Outrossim, as discussões referentes aos determinantes sociais da saúde, que abordam os aspectos socioeconômicos, culturais e ambientais de uma sociedade, também relacionam-se com a discussão das iniquidades, atreladas as condições de vida de seus membros, influenciando diretamente na saúde da população. O relatório sobre essa temática, elaborado pela Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais de Saúde (CNDSS, 2008),

aborda discussões que promovem a reflexão acerca desse conhecimento, visando fortalecer o combate das iniquidades em saúde.

Nesse sentido, durante a entrevista não foram contextualizadas essas informações aos participantes e não foi realizada a distinção entre termos. Buscou-se, dessa forma, o levantamento de informações referentes a equidade, considerando a amplitude e abrangência do conceito a partir da bagagem teórico-prática de cada PEF, sem haver influência do pesquisador. À título de ilustração referente a essa informação, dois PEF mencionaram a existência da diferenciação entre os dois termos, indicando que a equidade tem um enfoque voltado para as peculiaridades de cada caso, diferentemente da igualdade, que oportuniza os serviços de saúde de maneira homogênea:

"[...] a equidade, na verdade [...] é bem diferente da igualdade, né, porque se fosse igual a gente ainda trataria as pessoas da mesma forma e algumas necessitam mais do que as outras. Então a gente precisa sempre avaliar caso a caso [...] a avaliação nos possibilita trabalhar a equidade" (PEF 1).

"[...] equidade no sentido de oferecer as mesmas coisas para todas as pessoas, mas considerando as peculiaridades, e sem esquecer de contemplar a universalidade, integralidade, todos os outros que estão por trás, né?" (PEF 8).

O princípio da equidade, a partir da percepção de nove PEF entrevistados, era atingível no SUS, sobretudo quando existia a discussão de caso dos pacientes com a contribuição de diferentes profissões, levando em consideração as particularidades de cada um. Entretanto, eles ressaltaram alguns pontos para reflexão sobre a equidade no cotidiano dos serviços, representados nos relatos abaixo, indicando que a equidade não é atingida de forma plena sob influência de alguns fatores: a) o comprometimento dos profissionais é determinante nesse princípio, pois "tratar os desiguais de forma desigual, priorizando os mais necessitados" (GRANJA; ZOBOLI; FRACOLLI, 2013, p.3762) requer envolvimento da equipe de saúde da família para percorrer os caminhos necessários dentro dos serviços de saúde, visando o melhor encaminhamento e cuidado do caso; b) os usuários possuem dificuldades e desigualdades de acesso aos serviços nos níveis de média e alta complexidade; c) a falta de recursos humanos prejudica a contemplação desse princípio de forma plena; e d) os casos de urgência e emergência, atendidos nas instituições de saúde, são exemplos de ações que contemplam o princípio da equidade, pela

necessidade que cada caso requer no momento imediato do atendimento e encaminhamento.

"[...] acho que atingir a equidade hoje depende mais da boa vontade dos profissionais [...] mais do comprometimento [...] pra atingir a equidade na prática" (PEF 4).

"[...] quando acontece um acidente mais grave, a pessoa é internada da mesma forma como seria alguém que tivesse plano de saúde. Agora, quando há a necessidade de uso desse serviço de média complexidade, realmente é deficitário" (PEF 5).

Dos dois PEF que mencionaram que a equidade não era atingível no SUS, um destacou que a divisão do território, com limitação do trabalho das equipes e atendimento específico na sua área de abrangência da APS, aparecia como barreira para contemplar o princípio; o outro apontou que a quantificação dos indivíduos de um mesmo bairro que possuíam plano de saúde não era realizada de forma fidedigna, prejudicando a contagem e determinação das zonas de risco, vulnerabilidade e necessidade de maior assistência.

"[...] esse princípio eu não vejo funcionar porque o que a gente vê hoje no SUS é uma divisão de território" (PEF 2).

"[...] acho que não é atingido [...] o SUS não coloca metas pra atingir esse volume total. Considera que boa parte da população faz uso sim de serviços privados" (PEF 5).

A proximidade entre os princípios da universalidade e equidade foram apontados por quatro PEF, uma vez que o acesso ao atendimento no SUS, mencionado pelos entrevistados como aspecto-chave para a universalidade, se entrelaça com a equidade na utilização dos serviços nos três níveis de atenção. Nessa direção, Escorel (s/d) e Travassos e Castro (2014) apontam que o princípio da equidade tem sido operacionalizado em duas principais dimensões: a) nas condições de saúde (determinantes sociais) e b) no acesso e utilização dos serviços de saúde, demonstrando a aproximação entre os princípios doutrinários do SUS, como apontado pelos participantes da pesquisa.

Com relação ao primeiro, Travassos e Castro (2014) reforçam que os "grupos socialmente menos privilegiados apresentam maior risco de adoecer e morrer do que grupos socialmente mais privilegiados" (p.184), pois enquanto os menos favorecidos procuram os serviços de saúde quando

percebem um problema de saúde já instaurado, os mais favorecidos acessam os serviços de saúde antes da instalação de uma doença, com exames preventivos. No entanto, esse dado foi encontrado de forma contrária na fala de um PEF, que diante da dificuldade de recursos humanos e materiais, a tomada de decisão com relação ao atendimento do caso mais grave é prioritário:

"Se a gente tem duas pessoas pra atender, uma tem bastante recursos financeiros [...] a gente vai e orienta pra que essa pessoa, né, ela corra atrás. E aquela outra que não tem o recurso, ela vai precisar do suporte e não tem vez. Então se tiver que priorizar, a gente prioriza, né? Isso ai acontece assim" (PEF 9).

Luiz (2005) aponta que as discussões acerca da desigualdade social influenciam a concretização do princípio da equidade. Quatro PEF mencionaram o aspecto da diferença da distribuição de renda, considerado um determinante das condições de saúde, como forma de iniquidade, resultando em atendimento prioritário para alguns em detrimentos de outros menos necessitados, conforme exemplificado no relato acima. Essa discussão remete ao segundo significado da equidade: acesso ao atendimento e utilização dos serviços de saúde. Um entrevistado apontou, ainda, a questão do juízo de valor como elemento relacionado a qualidade do atendimento:

"[...] é o programa saúde na família, onde você vai conhecer de verdade a realidade daquela família ali. As vezes, aquela família fica tão estigmatizada por alguns problemas que ela apresenta, que isso interfere no tratamento que ela vai receber dos profissionais [...] que existe um preconceito contra aquele comportamento, alguma coisa desagradável e tal, que acaba influenciando sim o atendimento em saúde, sabe? [...] mas tem vários comportamentos que eu vejo, muita gente que consegue separar o pessoal do profissional [...] mas existe um preconceito contra aquele comportamento, alguma coisa desagradável e tal, que acaba influenciando sim o atendimento em saúde" (PEF 9).

Um participante ressaltou que a equidade poderia ser contemplada, de forma plena, como princípio no cotidiano do SUS, a partir da qualificação dos profissionais para realização do acolhimento, visando destacar a importância da escuta qualificada para direcionar os casos

distintos, e da organização e mudança no sistema de regulação para encaminhamentos para as especialidades e exames de alto custo:

"[...] a questão do acolhimento, com uma escuta qualificada, isso facilita a gente trabalhar a equidade, até porque ali são definidos, segundo critérios, como vai se dar o atendimento e de que forma vai ser dado [...] pra cada indivíduo, né, considerando sua individualidade mesmo" (PEF 1).

A avaliação dos entrevistados com relação à equidade e sua intervenção profissional na área de formação revelaram que 10 PEF atendiam esse princípio nas suas ações cotidianas com a realização de atividades e ações de atividade física, entretanto, sete destacaram que não contemplavam o princípio de forma plena. Além disso, outros aspectos que influenciavam de forma negativa na consolidação da equidade na Educação Física foram: a) a falta de materiais (4 PEF); b) a ausência de recursos humanos para apoiar os grupos e atividades (2 PEF); e c) o incentivo da gestão (1 PEF).

"[...] acho que esse princípio ele não se aplica [...] as barreiras da Educação Física elas são sempre as mesmas: falta de espaço, falta de material, de incentivo e de profissional também. Nós somos poucos na rede" (PEF 2).

As dificuldades apontadas pelos profissionais para contemplar o princípio da equidade, sobretudo na vertente da utilização dos serviços, são destacadas por Travassos e Castro (2014), como barreiras de acesso, barreiras geográficas (também apontadas na discussão da categoria supracitada, da universalidade), barreiras financeiras, barreiras organizacionais (estruturação do sistema, qualidade dos recursos humanos e tecnológicos, horário de funcionamento, tempo de espera, acolhimento qualificado) e barreiras de informação (capital intelectual e cultural da população - falta de entendimento sobre o sistema).

A priorização de pacientes foi mencionada por quatro PEF, com indicação de "passar usuários na frente" pela necessidade dos casos. Além disso, a percepção de três PEF apontaram que eles não sabiam para onde encaminhar os usuários quando os GAF estavam sem vaga ou quando o perfil do paciente não se encaixava nos grupos, indicando que os serviços de apoio, nos três níveis, ainda eram fragilizados e sem opções dentro de uma rede de serviços de cuidado.

Categoria 3: Integralidade

A integralidade, de acordo com seis PEF, não era um princípio contemplado no SUS e as justificativas para essa afirmação apontaram que: a) os serviços oferecidos dentro do próprio sistema de saúde apresentavam-se de forma fragmentada, como é o caso das especialidades, uma vez que a própria saúde é vista de forma segmentada; b) os usuários eram vistos e tratados de forma compartimentada; c) os profissionais que atuavam na mesma unidade de saúde não dialogavam entre si para discutir os casos dos pacientes, tanto pela sobrecarga de trabalho, como pela influência obtida na formação profissional, que não favorecia o desenvolvimento de ações interdisciplinares e integrais; e d) a postura e comprometimento dos profissionais de saúde influenciavam no empenho dedicado à busca do atendimento integral, tentando articular os serviços diferenciados na rede e nos diferentes níveis de atenção.

"Infelizmente, a saúde não vê o ser humano como integral, vê em partes, compartimentado. As próprias especialidades se vêem compartimentadas, então como é que vai ver o paciente de forma integral, né? [...] os próprios profissionais de uma mesma unidade não conversam entre si sobre a maneira como estão trabalhando com aquele usuário[...] Então é um princípio que ainda precisa ser muito trabalhado e entendido pelos profissionais, pela gestão, pelo usuário, né? Uma mudança de cultura que ainda não existe, que precisa ser trabalhada em todos os níveis, né" (PEF 6).

"[...] vem da formação e continua [...] no próprio SUS. Enquanto as áreas da saúde não verem o ser humano como integral, isso é difícil de mudar, sabe, essa concepção a curto prazo [...] precisa de muitos anos [...] pra conseguir mudar essa concepção [...] a minha formação foi compartimentada, provavelmente a formação de todo mundo tenha sido" (PEF 6).

Com relação a fragmentação dos conhecimentos e práticas na assistência à saúde, vale ressaltar que a formação dos profissionais da saúde, adquirida nos cursos de graduação, ainda sofre forte influência do modelo de atenção à saúde biomédico, isto é, "o modelo pedagógico hegemônico de ensino é centrado em conteúdos, organizado de maneira compartimentada e isolada, fragmentando os indivíduos em especialidades da clínica, dissociando conhecimentos das áreas básicas e conhecimentos da área clínica" (CECCIM; FEURWERKER, 2004, p.1401).

Um entrevistado destacou que o princípio da integralidade só será atingível no SUS quando as redes de atenção à saúde forem articuladas entre si e oferecerem distintos serviços para auxiliar no encaminhamento e tratamento integral dos usuários, afirmativa essa reforçada por dois PEF, conforme exemplificado, respectivamente, nos relatos abaixo:

"[...] creio que pode ser até atingível quando a gente pensa em redes de atenção à saúde [...] a partir do Decreto de 2011, que formou as redes de atenção à saúde, eu acho que tá se abrindo um pouquinho pra isso, mas a gente ainda não tem essas redes de atenção à saúde bem certas" (PEF 1).

"[...] se é uma pessoa que não tem perfil pra algum dos grupos e a gente gostaria de encaminhar pra atividade física na água, que tem na UFSC (Universidade Federal de Santa Catarina), ou que tem na UDESC (Universidade do Estado de Santa Catarina), é uma barreira, né? O SUS não oferece perto da casa dela uma oportunidade dessa, né?" (PEF 4).

"[...] a gente tem uma certa dificuldade de trabalhar porque a gente precisaria também duma rede de apoio pra poder estar encaminhando, pra dar um sequência nesse tratamento da pessoa, né, nesse cuidado que ela vai seguir" (PEF 11).

Nessa mesma linha de raciocínio, Campos (2007) e Mendes (2013) apontam que o SUS deve ser estruturado em redes de atenção à saúde, sendo a AB a coordenadora desses serviços, com co-responsabilidade e caráter complementar do cuidado. Mendes (2013) destaca, ainda, que o intuito é organizar e integrar os pontos de atenção com os níveis secundário e terciário, com sistema de assistência farmacêutica, sistema de informação, sistemas de regulação, sistema de transporte em saúde, entre outros.

Essa articulação oriunda da APS viabilizará o planejamento e execução de ações de saúde pautados nas diretrizes previstas para o processo de trabalho dos profissionais inseridos na Estratégia Saúde da Família e no NASF, baseado nos princípios doutrinários e organizativos do SUS. Além disso, fortalecerá a proposta de atingir pelo menos 75% de cobertura dos municípios brasileiros com esse programa. O autor ainda complementa que alguns nós críticos precisam ser superados para incentivar a implementação dessas redes de atenção à saúde, como superação dos problemas de gestão, conforme apontado por dois PEF,

expansão e consolidação do trabalho interdisciplinar e incremento dos recursos financeiros.

Os problemas relacionados a ausência de diálogo formal entre os profissionais da saúde da família e do NASF, e a articulação entre os serviços (intersectorialidade) nos três níveis de atenção, respectivamente, mencionado por quatro e sete PEF, também reforçaram as barreiras e dificuldades do sistema para concretização desse princípio.

"[...] nós do NASF, a gente não consegue estar em todas as reuniões de todas as equipes [...] muitas vezes fica muito nas conversas de corredor e aí a gente não consegue falar integralmente [...] o caminhar da atenção secundária, da atenção terciária é muito precário...é muito precário mesmo" (PEF 9).

Consequentemente, a troca de informações sobre os paciente que passaram pela APS e eram direcionados para especialidades e exames de alto custo não se retroalimentavam, isto é, não convergiam dentro do sistema informatizado existente em Florianópolis, que poderia facilitar a busca dessas informações. Tal fato, segundo os entrevistados, rompia com a tentativa de abordar o paciente de forma integral, pois os dados clínicos ficavam retidos nos sistemas de cada instituição de saúde ou no consultório do especialista.

Os cinco PEF que apontaram a integralidade como um princípio atingível no SUS ressaltaram que os locais onde trabalhavam favoreciam discussões de casos interdisciplinares e os profissionais, mesmo que em sua minoria, apresentavam atitudes positivas quanto a visão integral dos usuários.

A análise da integralidade e a percepção da aplicação desse princípio no cotidiano das ações em Educação Física revelaram que os GAF apareceram como um importante artifício para contemplar de forma integral os usuários do SUS. Nesse contexto de atividade, conforme apontado por três PEF, os participantes sentiam-se confortáveis em comunicarem-se com o PEF (informalidade) e com os colegas, assim como deixavam ser tocados fisicamente, fortalecendo a parte afetiva entre os atores dessa prática, tornando o ambiente propício para o estabelecimento de vínculo e confiança. Dessa forma, as informações sobre a realidade de cada paciente pode ser levantada de forma mais fácil pelo profissional e segura para o usuário.

"Eu acho que a Educação Física [...] tem, talvez por essa questão do toque, né, a gente tem uma aproximação muito forte com as pessoas e elas [...] confiam na gente, né? Então nós somos muito [...] a gente consegue atingir as pessoas de uma maneira bem mais completa por essa questão afetiva que acaba se desenvolvendo, sabe? [...] claro que muitas vezes ali no grupo, especificamente, naquela horinha que a gente tá orientando e a pessoa está seguindo, talvez não seja algo tão integral assim, mas o vínculo que a gente cria, né, numa conversa inicial, depois do grupo, acompanhando, ou numa troca de olhares com a pessoa ali dentro" (PEF 9).

Esses aspectos referentes às atitudes dos PEF de aproximação com usuários são determinantes para o engajamento dos indivíduos de forma contínua e duradoura nas práticas e ações em saúde na saúde pública, assim como no levantamento de dados que serão fundamentais em busca da resolutividade dos problemas desse usuário e sua família, no contexto no qual está inserido. Coutinho (2011) reforça que algumas habilidades atitudinais possuem um caráter de originalidade na prática profissional em Educação Física, na AB, pelo reconhecimento da realidade social distinta de cada indivíduo, o que exige do profissional uma maior sensibilização diante de cada situação, representado, claramente, pela humanização nas ações desenvolvidas com os usuários, por meio dos programas de atividade física.

Essa constatação exige que os PEF dominem, além de conhecimentos conceituais e procedimentais, os atitudinais, que facilitarão, por exemplo, a comunicação com diferentes públicos e a seleção de atividades sócio-afetivas para interação grupal e, conseqüentemente, a permanência do indivíduo nos GAF a longo prazo, permitindo a discussão do caso dos pacientes com as equipes de SF e profissionais do NASF, quando necessário, em busca da resolutividade integral dos seus problemas.

Dos 11 PEF, sete apontaram que conseguiam contemplar a integralidade nas suas ações profissionais, sendo por meio de discussão de casos nas reuniões de equipes ou em espaços informais (corredor da unidade), encaminhamentos para profissionais de outras especialidades e conversas com os próprios usuários de forma mais ampla. Três PEF relataram que nos locais onde trabalhavam, existia dificuldade de diálogo com os profissionais da unidade e entre membros do próprio NASF. Um entrevistado relatou que a Educação Física era vista nos centros de saúde como "válvula de escape" para as outras profissões, pois reconheciam que o contexto dos GAF eram potenciais para minimizar reclamações e uma estratégia para aguardar filas de espera dos exames.

A comunicação entre os níveis de atenção foi novamente mencionado pelos PEF como barreira para atingir de forma plena a integralidade na Educação Física. Um PEF relatou que, raras vezes, mandava e-mail ou telefonava para outros setores, com o intuito de levantar informações sobre os pacientes dos grupos.

Dois PEF reconheceram que a formação obtida nos cursos de graduação em Educação Física e nas outras profissões exercia forte influência nas atitudes dos profissionais, resultando na dificuldade de trabalhar de forma interdisciplinar na APS e integrar as informações sobre os pacientes, uma vez que essa metodologia não foi incorporada na formação inicial. Como os profissionais inseridos no sistema podem não ter tido essa formação, um relato aponta para a educação continuada como forma de capacitação dos profissionais:

"[...] eu acho que a capacitação das equipes [...] dá vontade de fechar o SUS por um ano - vamos capacitar todo mundo, sabe, pra receber as pessoas, pra conhecer esses conceitos e começar de verdade, porque tá bravo" (PEF 9).

Um PEF também apontou que a falta de conhecimento sobre o que a Educação Física faz no dia-a-dia dos serviços na AB, assim como das outras profissões, também influenciava de forma negativa a busca da integralidade na discussão dos casos de pacientes e no reconhecimento da importância da profissão no cotidiano das ações do SUS e sua relevância para o trabalho em equipe.

Minelli, Soriano e Fávoro (2010) identificaram que as profissões contíguas no setor da saúde, inseridas em equipes multiprofissionais, não conhecem, de fato, o papel das profissões que compõem as equipes de trabalho em saúde. Consequentemente, não reconhecem as funções sociais distintas que podem ser exercidas por cada categoria, prejudicando a amplitude de possibilidades de intervenção e aplicação da integralidade no cotidiano do processo de tomada de decisão com relação aos usuários, pois se não existe conhecimento sobre o que a outra profissão faz, a probabilidade de acioná-la também é reduzida.

A negligência de informações na discussão dos dados apareceu como elemento de frustração no cuidado com o paciente, já que as informações, quando analisadas de diferentes ângulos, com a inclusão de diferentes categorias profissionais para discussão do caso, podem ter valores e pesos diferenciados no processo de tomada de decisão com

relação aos procedimentos a serem adotados em cada área, conforme apontado no relato abaixo:

"[...] eu fico muito chateada sabe, quando eu vejo que algum colega não me trata com integralidade dentro da saúde. eu vou em busca de uma informação, seja pra mim ou seja pra um usuário e a informação ela é abreviada [...] isso me chateia demais, sabe?" (PEF 9).

Esse dado tem relação direta com a falta de conhecimento sobre o papel de cada profissão no trabalho em equipe, pois as informações sobre os pacientes devem ser apresentadas como um todo, independente da profissão que participa da discussão do caso, salvo em situações que exigem sigilo e ética profissional.

Categoria 4: Controle social

A participação popular no controle, execução e avaliação das políticas públicas no setor da saúde foi associada, por todos os entrevistados, às reuniões dos conselhos locais e municipais de saúde. Os PEF reconheceram a importância desse espaço para fortalecimento da comunidade e unidades de saúde, sobretudo para a reivindicação de melhorias nos serviços, considerando os aspectos contemplados no conceito ampliado de saúde, entre eles, o saneamento básico.

"[...] o controle social ele se dá basicamente pelos conselhos locais de saúde, né, que se forma o conselho municipal, se não tivesse não viria fundo a fundo, todos os recursos" (PEF 1).

Escorel e Moreira (2014) apontam os conselhos de saúde "como espaços de poder, de conflito e de negociação, representam avanços consideráveis no que se refere a possibilidade de os cidadãos controlarem ações governamentais" (p.875). Dois PEF destacaram que, em Florianópolis, a gestão despendeu esforços para a consolidação dos conselhos locais de saúde, e um deles destacou que oficinas foram realizadas para abordar essa temática em cada bairro.

A partir da percepção global do controle social e tendo como bagagem a experiência no município investigado, quatro PEF consideraram que o princípio da participação popular acontece no SUS, e dois entrevistados destacaram a importância de conquistar a paridade na

composição dos conselhos, visando representatividade equitativa no colegiado.

A percepção dos entrevistados com relação aos dificultadores para a concretização dos conselhos locais de saúde, como forma de controle social, de maneira geral, no SUS, foram: a) reduzida participação da comunidade (8 PEF); b) pouco engajamento dos usuários, oriundos de falhas instrucionais e/ou culturais, pois a população não tem o hábito de reivindicar seus direitos e lutar pelo controle social das políticas sociais, pois não foram despertadas para esse aspecto crítico-político durante sua formação pessoal e escolar (7 PEF); c) os indivíduos apresentavam visões individualistas em relação aos seus problemas de saúde e de sua comunidade, não participando com o propósito de luta por questões coletivas (6 PEF); d) participação mínima dos profissionais das unidades de saúde nas reuniões do conselho do bairro onde atuavam (6 PEF); e) ausência de divulgação do papel do conselho local de saúde e suas reuniões periódicas (4 PEF); f) falta de compreensão acerca da importância da organização desse colegiado e o impacto gerado na região quando o conselho está fortalecido (4 PEF); g) a desilusão e descrédito da população com relação a esse espaço, que não acreditavam que as discussões e opiniões eram levadas para outras instâncias (3 PEF); e h) o horário das reuniões, normalmente, no período da noite não favoreciam a participação da comunidade e dos profissionais (2 PEF).

"[...] o conselho local de saúde é sete e meia da noite [...] um horário mais viável pra população. Só que isso demanda os profissionais ficarem também disponíveis esse horário, porque precisa ter os profissionais da unidade pra formar o conselho local de saúde, né?" (PEF 1).

"[...] talvez não entendem o funcionamento do conselho, pra que que serve e não acreditam que [...] vai adiantar a opinião. Existe um descrédito, né, com o serviço público, com as políticas, com os governantes, acho que isso desmotiva a participação" (PEF 4).

"[...] acho que é algo cultural da população brasileira, que não tem o hábito reclamar, de reivindicar seus direitos [...] o canal existe, mas não é utilizado, é uma minoria que faz uso desses processos [...] a população como um todo não se engaja e não entende que esse seria um canal [...] de reivindicar seus direitos" (PEF 5).

"As pessoas ainda acham que o conselho municipal, o conselho local de saúde é simplesmente pra reclamar, exigir, reclamar, mas

quando é exigido da pessoa, a pessoa tira o corpo fora. Isso é uma formação política, não é uma formação de uma hora pra outra" (PEF 7).

Os PEF entrevistados apontaram que contemplavam o princípio do controle social no cotidiano das suas ações de maneira superficial, no momento em que: a) divulgavam as reuniões do conselho local de saúde do bairro, durante os GAF (7 PEF); e b) discutiam com os participantes dos grupos a importância de identificar problemas e necessidades sociais e os instigavam a reivindicar, e não apenas reclamar, em outras instâncias, pela conquista de melhorias para o bairro e comunidade (8 PEF).

"To sempre levando as informações pros meus alunos, sempre assim. Todo início de aula [...] eu sempre levo informações de que a gente precisa, de que o bairro está precisando, de que forma a gente pode conseguir isso, né?" (PEF 2).

"[...] no grupo de corrida e caminhada, a gente tem uma roda de conversa inicial, aí pelo menos uma vez por mês, os próprios pacientes trazem problemas da comunidade, a gente discute, tem espaço aberto pra isso" (PEF 9).

Um entrevistado apontou que a participação dos PEF nos conselhos locais era dificultada pela vinculação a diferentes unidade de saúde dentro das diretrizes do NASF:

"[...] tem mais de um centro de saúde, se a gente vai em um conselho local de saúde a gente deixa em detrimento os demais, então é isso, as vezes é um pouquinho complicado" (PEF 1).

A tomada de decisão com relação a oferta e organização dos GAF, de acordo com dois PEF, deveriam partir das demandas de quem iria usufruir dessas atividades, ou seja, das necessidades da comunidade, visando atender os anseios e expectativas coletivas. Um entrevistado mencionou que a sua agenda de grupos e ações voltadas para a atividade física, no ano de 2015, em um dos centros de saúde que atuava, seria organizada a partir das necessidades exteriorizadas pela comunidade daquele bairro. Ceccim e Feuerwerker (2004), de maneira mais ampla e direcionada para as intervenções profissionais das diferentes categorias, reforçam essa afirmativa:

As necessidades dos usuários das ações e serviços de saúde passam à condição de direito, seja porque como pessoas, todos temos o direito de sermos atendidos conforme nossas necessidades, seja porque este é o objeto da saúde: assegurar plena atenção às necessidades das pessoas. Toda a regulação relativa à saúde deveria ser usuário-centrada, em última instância, único motivo para ordenar serviços de atenção e instituições de formação de profissionais (p.1401).

A definição da agenda de atividades, segundo dois entrevistados, era estruturada pelo próprio profissional e discutida, na maioria das vezes, apenas com as equipes de SF, deixando de considerar as opiniões e demandas sociais e, dessa forma, enfraquecendo a participação popular na construção de ações coletivas no bairro. A escolha com relação aos GAF oferecidos na comunidade pode aparecer como uma estratégia de formação crítica e política dos moradores, já que os próprios usuários deverão refletir e decidir sobre as práticas que serão oferecidas, e esse aspecto foi mencionado pelos PEF como um dos problemas que impediam o fortalecimento da participação popular nos conselhos locais de saúde: falta de liderança comunitária e formação crítico-política para reivindicar o que é direito social.

As dificuldades e barreiras apontadas para a concretização do princípio do controle social na intervenção em Educação Física, a partir do reconhecimento e percepção dos próprios entrevistados, foram: a) ausência de participação dos próprios profissionais da área nas reuniões do conselho de saúde; b) pouca discussão com os participantes dos GAF sobre as reais necessidades de atividade física que eles identificavam na comunidade, pois esse aspecto pode resultar em discussões voltadas para a negligência de políticas de lazer no município; c) a falta de formação política para exercer a liderança comunitárias na comunidade; e d) a dificuldade de engajamento dos profissionais na reivindicação de melhorias e revelação de problemas sociais, pois usuários e profissionais eram vistos de forma diferenciada pela gestão nos movimentos de lutas.

Os relatos apontados foram atrelados à realidade local dos centros de saúde onde os PEF atuavam, associando a *participação* popular aos conselhos locais de saúde. Porém, a participação popular abrange a "garantia da atuação ativa da sociedade na tomada de decisões políticas e no acompanhamento do desempenho do sistema de saúde" (CECCIM; FEURWERKER, 2004, p.1401), incluindo o engajamento dos usuários em

discussões políticas, em nível de gestão, e até mesmo de formação das profissões da saúde. Os profissionais, nesse sentido, reconheceram o espaço potencial dos conselhos locais de saúde para formação política dos usuários e mostraram-se visionários e otimistas com relação ao incentivo da participação popular no controle social do SUS, influenciando de forma significativa o próprio contexto da saúde pública nesse aspecto.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve como objetivo geral analisar as percepções dos profissionais de Educação Física sobre o SUS, no município de Florianópolis, Santa Catarina. O recorte do trabalho, pautado nos princípios doutrinários da universalidade, equidade e integralidade, e no princípio organizativo do controle social, teve como ponto de partida para coleta de dados o próprio campo da intervenção profissional em Educação Física na saúde pública, isto é, a partir do próprio mundo do trabalho. A abordagem qualitativa de pesquisa, do tipo descritiva, deu suporte para alcançar esse objetivo.

Não é possível e nem suficiente, apenas por meio desse estudo, apontar os elementos concretos que caracterizam a intervenção profissional em Educação Física na saúde pública, visando transpô-los diretamente para as discussões sobre a composição das ementas dos cursos de preparação dos profissionais da área nas Instituições de Ensino Superior. Os dados obtidos representam fortes indicativos de como os profissionais de Educação Física, regionalizadamente inseridos no NASF, têm observado, vivido, sentido e avaliado as dificuldades e potencialidades da área nos diversificados cenários de atuação do SUS. Pretende-se, portanto, democratizar as informações referentes às percepções oriundas dos próprios profissionais, inseridos no mundo do trabalho, visando contribuir com reflexões sobre as mudanças necessárias na formação das profissões da saúde, inclusive buscando atingir a reordenação e reestruturação das grades curriculares da Educação Física, associando-as a procedimentos metodológicos, com o propósito de relacionar e integrar os dois mundos: da formação e do trabalho.

A formação de recursos humanos para o SUS ainda não está, majoritariamente, orientada pela leitura das necessidades sociais em saúde. A saúde precisa ser vista como produto social, e seus determinantes devem ser discutidos nos cursos de formação profissional, visando a integralidade do conhecimento sobre o ser humano, sua família e o contexto no qual está inserido. Este último, sabidamente permeado por diferentes realidades sociais do nosso país, em busca da equidade nos serviços oferecidos. As percepções dos PEF, nesse sentido, reforçam a necessidade dos profissionais que ingressarem no SUS, entrarem mais contextualizados sobre seus princípios e diretrizes, papel que a formação inicial pode e deve melhor contribuir.

O modelo biomédico ainda mostra-se fortemente presente nos discursos e ações dos profissionais de saúde, dificultando a concretização

dos princípios da universalidade, equidade e integralidade no cotidiano do trabalho e a integração com as especialidades do NASF que estão na APS, de acordo com apontamentos dos entrevistados. Há necessidade de: a) fortalecer estratégias metodológicas integradoras entre o ensino (representado pelas Universidade) e o serviço (representado pelas Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde); e b) articular, em nível institucional, o processo de ensino dos conhecimentos, habilidades e atitudes voltados para o sistema de saúde pública que representa a nossa realidade social, política e econômica brasileira, integrando os distintos cursos da saúde em um mesmo ambiente de aprendizagem, favorecendo a discussão sobre o conceito ampliado de saúde e integralidade no desenvolvimentos de ações e serviços. Isso requer que as habilidades de comunicação e as atitudes de proatividade, iniciativa, comprometimento, cooperação e respeito, por exemplo, sejam despertadas e incentivadas em todo processo de ensino e aprendizagem, seja por meio da formação inicial ou cursos de pós-graduação, incluindo a modalidade de residências,

O mundo do trabalho do SUS, sob o ponto de vista dos entrevistados, mostra-se cheio de desafios e barreiras a serem superadas para consolidar o que de fato tem preconizado em suas leis e diretrizes. Na prática, os princípios doutrinários (universalidade, equidade e integralidade) sofrem prejuízo no cotidiano das ações e serviços em saúde pela dificuldade de investimento, insuficiência de recursos humanos, falta de recursos materiais, ausência de serviços organizados em rede, sobretudo na cobertura de ações nos setores secundário e terciário. A APS, em Florianópolis, entretanto, foi definida como bem estruturada e com boa cobertura, embora a relação entre o número de habitantes e equipes de saúde da família extrapola o preconizado pelo Ministério da Saúde. Esse fato também foi observado com relação aos profissionais de Educação Física inseridos no NASF, que em sua maioria, dão apoio matricial a mais equipes do que está estabelecido em portaria própria, trazendo dificuldades para realização de atividades contínuas, sequenciadas com qualidade em um mesmo território;

A falta de atitude crítica e política dos usuários que frequentam o SUS, e dos próprios profissionais, no que diz respeito a pouca participação e engajamento no controle social e na participação efetiva do controle, execução e avaliação de políticas públicas, podem ser decorrentes da ausência de vivências pessoais e estímulos no contexto formador com repercussão ao longo da vida social. Os entrevistados apontaram a dificuldade de despertar nos usuários comportamentos proativos frente aos problemas que eles próprios encontram na comunidade onde moram. Os

grupos de atividade física têm se mostrado um espaço potencial para abordar essas discussões, porém, a dificuldade encontrada volta-se para a sensibilização da importância de posturas críticas e políticas em indivíduos que não incorporaram essas habilidades ao longo da vida, pois muitos deles não frequentaram o ensino regular. Uma das sugestões apontadas diz respeito à abordagem sobre o papel do Estado nas políticas públicas de saúde, desde a Educação Básica, com ensinamentos voltados para o entendimento de que o SUS é um sistema universal e a saúde é um direito garantido pelo governo, assim como em outras políticas sociais.

As habilidades atitudinais referentes as "saber ser" no cotidiano dos serviços no SUS, apareceram como características essenciais para atuação nesse cenário, pois requer do profissional atitudes de tomada de decisão para saber agir diante de situações inesperadas e que o conhecimento científico, muitas vezes, não é resolutivo. Esse aspecto está relacionado "ao jeito de ser" de cada um, dos estímulos recebidos ao longo da vida, da formação obtida e, acima de tudo, da forma como os profissionais avaliam a realidade política, econômica e social do próprio país. Os sentimentos depositados nas situações percebidas e vividas no cotidiano dos serviços em saúde pública, somado aos comportamentos demandados para concretização dos princípios analisados (universalidade, equidade, integralidade e controle social), na fala dos entrevistados, foram referentes ao respeito, trabalho em equipe, saber ouvir, cooperação, engajamento, iniciativa, comprometimento, entre outros.

Reconhece-se, nesse estudo, que as percepções dos PEF sobre o SUS foram investigadas a partir dos relatos das situações vividas no cotidiano do trabalho, isto é, o caminho metodológico percorrido foi necessário para levantar, inicialmente, conhecimentos referentes à essas percepções pelos atores sociais dessa área de conhecimento. No entanto, ele não foi suficiente para aprofundar e esgotar as discussões oriundas dessa problemática sobre os princípios que norteiam a estruturação do sistema de saúde brasileiro e o reconhecimento da necessidade de preparação de profissionais para atuação no SUS dentro dessas diretrizes.

As realidades distintas de inserção do PEF no SUS, no NASF, pelo Brasil, podem trazer percepções e dados divergentes (ou não) com relação a essa temática, sobretudo pelas diferenças regionais, de aplicação de recursos municipais e estaduais, da existência ou ausência de rede de apoio no cuidado integral do indivíduo, entre outros fatores. A imersão do pesquisador em campo, por meio de registros sistemáticos diários e observação direta (etnografia), aparece como uma possibilidade metodológica para investigar esse contexto mais de perto e contribuir no

aprofundamento das discussões sobre essa temática, visando minimizar o distanciamento existente entre o mundo da formação e o mundo do trabalho e, conseqüentemente, qualificar o entendimento sobre o SUS e o atendimento nos serviços prestados.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, D. R.; COSTA, E. F.; GARCIA, L. M. T.; FLORINDO, A. A. *Formação do bacharel em educação física frente à situação de saúde no Brasil*. In: BENEDETTI, T. R. B.; SANTOS SILVA, D. A.; SILVA, K. S.; NASCIMENTO, J. V (Orgs). A formação do profissional de Educação Física para o setor saúde. Florianópolis: Postmix, 2014. p.87-107.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE HOSPITAIS PRIVADOS - ANAHP. Livro *Branco Brasil Saúde 2015: a sustentabilidade do sistema de saúde brasileiro*. Caderno de Propostas. Disponível em: <<http://anahp.com.br/anahp/publica%C3%A7%C3%B5es-anahp/livro-branco-brasil-sa%C3%BAde-2015-caderno-de-propostas>>. Acesso em: 01 fev 2015.

BARATA, L. R. B.; TANAKA, O. Y.; MENDES, J. D. V. Por um processo de descentralização que consolide os princípios do Sistema Único de Saúde. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v.13, n.1, p.15-24, 2004.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. 3. ed. Lisboa: Edições 70, 2004.

BATALHA, E. O que falta para termos o SUS por inteiro? *Revista RADIS*, n.127, p.9-15, 2013. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/radis>>. Acesso em: 09 mai 2013.

BENEDETTI, T. R. B.; BORGES, L. J. *Vivência acadêmica e proximidade prática na saúde*. In: BENEDETTI, T. R. B.; SANTOS SILVA, D. A.; SILVA, K. S.; NASCIMENTO, J. V (Orgs). A formação do profissional de Educação Física para o setor saúde. Florianópolis: Postmix, 2014. p.51-66.

BERNARDES, E. H. *Princípios do Sistema Único de Saúde: concepção dos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família, de uma cidade do Estado de Minas Gerais*. Dissertação de Mestrado. Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. 2005. 193f.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. Diário Oficial da União. *Lei nº 8080/90*. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde,

a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e das outras providências. Brasília, 1990a.

BRASIL. Diário Oficial da União. *Lei nº 8142/90*. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, 1990b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. *ABC do SUS: doutrinas e princípios*, 1990c.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução 218/97*. Regulamentação das profissões da saúde. 1997. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_97.htm>. Acesso em: 08 fev 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. *SUS: Descentralização*. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. *Política de Recursos Humanos para o SUS: balanço e perspectivas*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. *Portaria nº 154*, de 18 de março de 2008. Cria o Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Política Nacional de Promoção de Saúde*. 3.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL. *Portaria nº 3124*, de 28 de dezembro de 2012. Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Modalidades 1 e 2 às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Cartilha Informativa: Academia da Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/academia_saude_cartilha.pdf>. Acesso em: 14 fev 2015.

CAMPOS, G. W. S. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? *Ciência & Saúde Coletiva*, v.12, n.2, p.301-306, 2007.

CECCIM, R. B.; FEURWERKER, L. C. M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. *Cadernos de Saúde Pública*, v.20, n.5, p.1400-1410, 2004.

COMISSÃO NACIONAL DE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE (CNDSS). *As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil*. Relatório final. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/causas_sociais_iniquidades.pdf>. Acesso: 16/12/2009.

CONSELHO REGIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA SANTA CATARINA (CREF/SC). *Educação Física e saúde pública*. Material elaborado para divulgação das ações dos profissionais de Educação Física inseridos no Núcleo de Apoio à Saúde da Família de Florianópolis. 2012. 33p.

COUTINHO, S. S. *Competências do profissional de Educação Física na Atenção Básica à Saúde*. 207p. Tese de Doutorado. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. São Paulo, 2011.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. *Planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens*. Porto Alegre: Artmed, 2006.

ESCOREL, S. *Os dilemas da equidade em saúde: aspectos conceituais*. Organização Pan-Americana da Saúde, Brasília, 2001. Disponível em <<http://biblioteca.planejamento.gov.br/biblioteca-tematica-1/textos/saude-epidemias-xcampanhas-dados-descobertas/texto-83-2013-os-dilemas-da-equidade-em-saude-aspectos-conceituais.pdf>>. Acesso em: 01 fev 2015.

ESCOREL, S. *Equidade em saúde*. Dicionário da Educação Profissional em Saúde (s/d). Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/d/equidade_em_saude.pdf>. Acesso em: 02 fev 2015.

ESCOREL, S.; MOREIRA, M. R. *Participação Social*. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. 2.ed. 2014. p.853-883.

FORTES, P. A. C. Bioeticistas brasileiros e os princípios da universalidade e da integralidade no SUS. *Revista de Saúde Pública*, v.43, n.6, p.1054-1058, 2009.

FRAGELI, T. B. O.; SHIMIZU, H. E. Competências profissionais em Saúde Pública: conceitos, origens, abordagens e aplicações. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v.65, n.4, p.667-74, 2012.

GODOY, A. S. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. *Revista de Administração de Empresas*, v.35, n.2, p.57-63, 1995.

GRANJA, G. F.; ZOBOLI, E. L. C. P.; FRACOLLI, L. A. O discurso dos gestores sobre a equidade: um desafio para o SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.18, n.12, p.3759-3764, 2013.

KAWACHI, I.; SUBRAMANIAN, S.V., ALMEIDA FILHO, N. A. Glossary for Health Inequalities. *Journal of Epidemiology & Community Health*, v.56, p.647-652, 2002.

LAVILLE, C.; DIONNE, J; SIMAN, L. M. *A constituição do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas*. Porto Alegre: ARTMED, 1999.

LINARD, A. G.; CHAVES, E. S.; ROLIM, I. L. T. P.; AGUIAR, M. I. F. Princípios do Sistema Único de Saúde: compreensão dos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v.32, n.1, p.114-120, 2001.

LUIZ, O. C. Direitos e equidade: princípios éticos para a saúde. *Arquivos Médicos do ABC*, v.30, n.2, p.69-75, 2005.

MALTA, D. C.; CASTRO, A. M.; GOSCH, C. S.; CRUZ, D. K. A.; BRESSAN, A.; NOGUEIRA, J. D.; NETO, O. L. M.; TEMPORÃO, J. G. A Política Nacional de Promoção da Saúde e a agenda da atividade física

no contexto do SUS. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v.18, n.1, p.79-86, 2009.

MARQUES, S. B. O princípio constitucional da integralidade de assistência à saúde e o Projeto de Lei n. 219/2007: interpretação e aplicabilidade pelo Poder Judiciário. *Revista de Direito Sanitário*, v.10, n.2 p.64-86, 2009.

MENDES, E. V. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. *Estudos Avançados*, v.27, n.78, p.27-34, 2013.

MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? *Cadernos de Saúde Pública*, v.9, n.3, p.239-262, 1993.

MINELLI, D. S.; SORIANO, J. B.; FAVARO, P. E. O profissional de educação física e a intervenção em equipes multiprofissionais. *Revista Movimento*, v.15, n.04, p.35-62, 2009.

NASCIMENTO, D. D. G.; OLIVEIRA, M. A. C. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. *O Mundo da Saúde*, v.34, n.1, p.92-96, 2010. Disponível em: < http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/74/12_revisao_reflexoes.pdf>. Acesso em: 10 fev 2015.

PASQUIM, H. M. A Saúde Coletiva nos cursos de graduação em Educação Física. *Saúde e Sociedade*, v.19, n.1, p.193-200, 2010.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS. *Portaria 26/2014* de 14 de março de 2014. Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde de Florianópolis. Disponível: <<https://drive.google.com/file/d/0BxvFvjfrIbywLXZfemh4TzFXT00/edit>>. Acesso em: 13 fev. 2015.

ROCHA, J. C. S. *As competências na formação do professor de educação física: um olhar acerca das atitudes*. 176p. Tese de Doutorado. Centro de Desportos da Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de pós-graduação em Educação Física. Florianópolis, 2013.

RODRIGUES, J. D.; FERREIRA, D. K. S.; SILVA, P. A.; CAMINHA, I. O.; JUNIOR, J. C. F. Inserção e atuação do profissional de educação física na atenção básica à saúde: revisão sistemática. *Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde*, v.18, n.1, p.5-15, 2013.

SANTOS; S. F. S.; BENEDETTI, T. R. B. Cenário de implantação do Núcleo de Apoio a Saúde da Família e a inserção do profissional de Educação Física. *Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde*, v.17, n.3, p.188-194, 2012.

SILVA FLORES, C. A. "Des" construindo paradigmas: histórico organizacional do Sistema Único de Saúde, com observâncias nas propostas e nos princípios de execução. *Saúde Coletiva*, v.6, n.28, p.59-62, 2009.

SORIANO, J. B.; WINTERSTEIN, P. J. A constituição da intervenção profissional em educação física: interações entre o conhecimento formalizado e as estratégias de ação. *Revista Brasileira de Educação Física e Esporte*, v.18, n.4, p.315-332, 2004.

SOUZA, R. R. *O sistema público de saúde brasileiro*. Seminário Internacional. Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas. São Paulo, 2002.

<www.cintegrado.com.br/curitiba/site/documentos/sistema_publico_brasileiro.pdf>. Acesso em: 9 fev 2015.

STEINHILBER, J. Licenciatura e/ou Bacharelado: opções de graduação para intervenção profissional. *Revista da Educação Física*, ano VI, n.19, p.19-20, 2006.

TEIXEIRA, C. F. S. *Os princípios do Sistema Único de Saúde*. Texto de apoio elaborado para subsidiar o debate nas Conferências Municipal e Estadual de Saúde. Salvador, Bahia. Junho de 2011. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/pdf/OS_PRINCIPIOS_DO_SUS.pdf>. Acesso em: 10 jan 2015.

TRAVASSOS, C.; CASTRO, M. S. M. *Determinantes e Desigualdades Sociais no Acesso e na Utilização de Serviços de Saúde*. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I. *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. 2.ed. 2014. p.183-206.

TRIVIÑOS, A. N. S. *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas, 1987.

APÊNDICE A - Roteiro de entrevista semiestruturada

PARTE 1: Informações pessoais + Informações sobre a formação profissional.

Idade: _____

Sexo: () Feminino () Masculino

Ano de formação: _____

Modalidade de formação:

() Licenciatura () Bacharelado () Licenciatura ampliada

Possui pós-graduação? Se sim, em qual área e o ano de realização?

1. _____

Ano de realização: _____

2. _____

Ano de realização: _____

3. _____

Ano de realização: _____

Tempo de atuação específica na saúde pública: _____

Parte 2: Percepções sobre o SUS

TEMA 1: Formação Profissional

Questão-base

1. Durante a graduação, você teve alguma disciplina que abordou conteúdos relacionados ao SUS?

2. E questões mais gerais sobre políticas públicas eram discutidas na graduação, como por exemplo, o papel do Estado nas políticas de educação, esporte, lazer, saúde, entre outros?

Questões de apoio

Se sim, quais?



Se não, realizar esse questionamento.

INTENÇÃO

Identificar a presença ou ausência de conteúdos sobre saúde pública na formação profissional em EF.

Identificar a presença ou ausência da abordagem de conteúdos referentes às políticas públicas e o papel do Estado, de maneira geral, na formação profissional em EF.

TEMA 2: Percepções sobre o SUS - Visão Geral Questão-base	Questões de apoio	INTENÇÃO
<p>3. Enquanto cidadão, que percepções você tinha sobre o SUS antes de começar a trabalhar no SUS?</p>	<p>Você teve experiência como usuário? Você acha que funcionava, não funcionava? O que você ouvia falar?</p>	<p>Analisar a percepção do "sujeito" antes de fazer parte do cotidiano do SUS; impressões externas.</p>
<p>4. Em linhas gerais, quais são as suas percepções atuais sobre o SUS, após torna-se profissional do sistema de saúde?</p>	<p>Quais as suas impressões atuais? Você acha que funciona, não funciona?</p>	<p>Analisar a percepção do "sujeito" depois de fazer parte do cotidiano do SUS; impressões internas.</p>

TEMA 3: Percepções sobre os princípios do SUS + Relação com a Educação Física Questão-base	Questões de apoio	INTENÇÃO
<p>5. Gostaria de saber, <u>no primeiro momento</u>, qual a sua percepção sobre a UNIVERSALIDADE e o SUS. E, <u>no segundo momento</u>, como você avalia esse princípio com relação ao processo de trabalho da EF no SUS, mais especificamente no NASF?</p> <p>Conceito: é a garantia de atenção à saúde por parte do sistema, a todo e qualquer cidadão. Com a universalidade, o indivíduo passa a ter direito de acesso a todos os serviços públicos de saúde, assim como àqueles contratados pelo poder público. Saúde é direito de cidadania e dever do Governo: municipal, estadual e federal (BRASIL, 1990, p.4).</p>	<p>Primeiro momento: é um princípio adequado? É atingível? Se sim, quais as suas potencialidades? Se não, quais as dificuldades e barreiras para sua realização, concretização?</p> <p>Segundo momento: idem, direcionando para a EF.</p>	<p>Primeiro momento: analisar a percepção do "sujeito" com relação aos princípios que norteiam o processo de trabalho, de maneira geral, no SUS.</p> <p>Segundo momento: realizar uma autoavaliação sobre as dificuldades e barreiras encontradas para concretização desses princípios na intervenção profissional em EF no SUS</p>
<p>6. Gostaria de saber, <u>no primeiro momento</u>, qual a sua percepção sobre a EQUIDADE e o SUS. E, <u>no segundo momento</u>, como você avalia</p>	<p>Obs: não distinguir os termos igualdade de equidade. Focar perguntas e</p>	<p>IDEM</p>

<p>esse princípio com relação ao processo de trabalho da EF no SUS, mais especificamente no NASF?</p> <p>Conceito: é assegurar ações e serviços de todos os níveis de acordo com a complexidade que cada caso requeira, more o cidadão onde morar, sem privilégios e sem barreiras. Todo cidadão é igual perante o SUS e será atendido conforme suas necessidades até o limite do que o sistema puder oferecer para todos (BRASIL, 1990, p.5).</p>	<p>direcionamentos na equidade pela abrangência do conceito.</p> <p>Primeiro momento: é um princípio adequado? É atingível? Se sim, quais as suas potencialidades? Se não, quais as dificuldades e barreiras para sua realização, concretização?</p> <p>Segundo momento: idem, direcionando para a EF</p>	
<p>7. Gostaria de saber, <u>no primeiro momento</u>, qual a sua percepção sobre a INTEGRALIDADE e o SUS. E, <u>no segundo momento</u>, como você avalia esse princípio com relação ao processo de trabalho da EF no SUS, mais especificamente no NASF?</p> <p>Conceito: Reconhecimento na prática dos serviços de que: a) cada pessoa é um todo indivisível e integrante de uma comunidade; b) as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde formam também um todo indivisível e não podem ser compartimentalizadas; e c) as unidades prestadoras de serviço, com seus diversos graus de complexidade, formam também um todo indivisível configurando um sistema capaz de prestar assistência integral (BRASIL, 1990, p.5).</p>	<p>Primeiro momento: é um princípio adequado? É atingível? Se sim, quais as suas potencialidades? Se não, quais as dificuldades e barreiras para sua realização, concretização?</p> <p>Segundo momento: idem, direcionando para a EF</p>	<p>IDEM</p>

<p>8. Gostaria de saber, <u>no primeiro momento</u>, qual a sua percepção sobre o CONTROLE SOCIAL e o SUS. E, <u>no segundo momento</u>, como você avalia esse princípio com relação ao processo de trabalho da EF no SUS, mais especificamente no NASF?</p> <p><u>Conceito:</u> é garantia constitucional de que a população, através de suas entidades representativas, participará do processo de formulação das políticas de saúde e do controle de sua execução em todos os níveis, desde o federal até o local (BRASIL, 1990, p.5).</p>	<p>Primeiro momento: é um princípio adequado? É atingível? Se sim, quais as suas potencialidades? Se não, quais as dificuldades e barreiras para sua realização, concretização?</p> <p>Segundo momento: idem, direcionando para a EF</p>	<p>IDEM</p>
<p>9. Você acredita que os princípios do SUS são prejudicados ou potencializados com a forma de trabalho do NASF?</p>	<p>De acordo com o processo de trabalho preconizado pelo MS para o NASF, você acredita que é possível contemplar esses princípios como norte das ações profissionais (número de equipes atendidas, matriciamento, entre outros)?</p>	<p>Analisar a percepção do "sujeito" com relação ao processo de trabalho do NASF e os princípios do SUS.</p>