

**FUNDAÇÃO ESTATAL SAÚDE DA FAMÍLIA
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MINISTÉRIO DA SAÚDE**

THAÍSE VASCONCELOS BARBOSA

**O PATINHO FEIO NADANDO EM NOVOS RIOS: UMA HISTÓRIA DE OBSTÁCULOS E
SUPERAÇÕES DA EDUCAÇÃO FÍSICA NA SAÚDE**

Dias d'Ávila, BA

2019

THAÍSE VASCONCELOS BARBOSA

**O PATINHO FEIO NADANDO EM NOVOS RIOS: UMA HISTÓRIA DE OBSTÁCULOS E
SUPERAÇÕES DA EDUCAÇÃO FÍSICA NA SAÚDE**

Trabalho de conclusão de Residência apresentado à
Fundação Estatal Saúde da Família e Fundação Osvaldo
Cruz – BA para certificação como Especialista em Saúde
da Família.

Orientador: Eduardo Machado de Machado

Coorientador (a): Dhara Santana Teixeira

BANCA EXAMINADORA

Eduardo Machado
(Especialista em Saúde da Família)

Dhara Santana Teixeira
(Especialista em Saúde da Família com concentração na Gestão da Atenção Básica
ISC/UFBA)

Dias d'Ávila, BA

2019

RESUMO

O presente trabalho trata-se da narrativa de memórias de uma professora de Educação Física residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família- FESF/Fiocruz. Os relatos dialogam com alguns teóricos que se dedicam as temáticas vivenciadas nos dois anos de residência em Dias d'Ávila no NASF e no estágio de Saúde Mental. Para narrar minhas experiências na residência foi preciso apresentar quem é essa professora de Educação Física, de onde eu vim, minhas motivações para viver todos esses momentos. Portanto, desenvolvi capítulos sobre minha vida pessoal, desde a infância, passando pela universidade e atuações profissionais em Feira de Santana. A outra parte do memorial refere-se a minha chegada na residência, aproximação com a Saúde da Família, com o NASF, as várias possibilidades de intervenção da Educação Física na saúde e os caminhos tortuosos no estágio da Rede de Atenção Psicossocial do município. Nessa etapa faço uma análise crítica dos pontos marcantes que foram fundamentais para meu crescimento nesse período. Utilizo registros imagéticos como instrumento que estimula a rememorar o que foi vivido, criando uma visualização concreta da história descrita.

Palavras-chaves: Saúde da Família; Educação Física; Residência; NASF; Memória.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS- Agente Comunitário de Saúde

DCNT-Doenças Crônicas Não Transmissíveis

ESF- Estratégia Saúde da Família

FESF- Fundação Estatal Saúde da Família

NASF- Núcleo de Apoio a Saúde da Família

PEC- Prontuário Eletrônico do Cidadão

PIBID- Programa Institucional de Bolsas de Iniciação à Docência

PSF- Programa Saúde da Família

PTS- Projeto Terapêutico Singular

RAPS- Rede de Atenção Psicossocial

SAMU- Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SENAT- Serviço Nacional de Aprendizagem do Transporte

SESC- Serviço Social do Comércio

SESI- Serviço Social da Indústria

SEST-Serviço Social do Transporte

SUS- Sistema Único de Saúde

UBS- Unidade Básica de Saúde

UEFS- Universidade Estadual de Feira de Santana

UPA- Unidade de Pronto Atendimento

USF- Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	6
2 METODOLOGIA	8
3 OS PRIMEIROS ENCONTROS COM A ÁGUA: AS PISCINAS CONTAM UM POUCO DA MINHA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA	8
4 UM MERGULHO PROFUNDO NOS RIOS DA EDUCAÇÃO FÍSICA: FORMAÇÃO ACADÊMICA	10
5 VOLTA ÀS PISCINAS, AGORA DO OUTRO LADO DA BALIZA: ATUAÇÃO PROFISSIONAL	13
6 FINALMENTE O PATINHO FEIO ENCONTRA UMA NOVA FAMÍLIA: A RESIDÊNCIA COMO POSSIBILIDADE DE AMPLIAR CONHECIMENTOS E MOSTRAR SUA BELEZA	19
6.1 A descoberta da família Atenção Básica, Unidade da Saúde da Família e NASF	19
6.2. Primeiros nados no NASF	22
6.3 Um passeio fora dos rios: a Educação Física fora de sua “Zona de Conforto”	29
6.3.1 Cuidado Integral e Compartilhado: aproximando as práticas em saúde	31
7 SAÚDE MENTAL E EDUCAÇÃO FÍSICA: UM NOVO ENCONTRO COM VÁRIOS DILEMAS	40
8 CHEGADA ÀS MARGENS DO RIO: CONSIDERAÇÕES FINAIS	49
REFERÊNCIAS	

1 INTRODUÇÃO

"Quem somos nós, quem é cada um de nós senão uma combinação de experiências, de informações, de leituras, de imaginações? Cada vida é uma enciclopédia, uma biblioteca, um inventário de objetos, uma amostragem de estilos, onde tudo pode ser completamente remexido e reordenado de todas as maneiras possíveis." Italo Calvino

Este trabalho, trata-se do memorial das minhas vivências e experiências nos processos de formação, desenvolvimento pessoal e profissional. Para isso, tracei um recorte histórico desde a infância até os dias recentes na Residência Multiprofissional em Saúde da Família.

Segundo MENDES (2011) o memorial se caracteriza como registros reflexivos, mediando as questões a serem analisadas e reconstruídas. Assim, o memorial é relevante na medida que a reflexão sobre as experiências que vão surgindo nas práticas cotidianas, quando coletivizadas, possibilitam ao sujeito novas leituras e outros tantos questionamentos.

Lembrar e reviver os momentos da vida, nos coloca no lugar onde os balões dos pensamentos se apresentam em grandes números: "poderia ter feito diferente"; "foi como planejava, mas acho que preciso melhorar nisso"; "nossa, como avancei". Vejo relevância nesse trabalho a partir da concepção de que relembrar e narrar essa lembrança o faz se perceber como protagonista da minha própria aprendizagem e desenvolvimento, vislumbrando o contínuo processos de mudanças e novas aprendizagens, como uma espiral, sem perspectiva de fim do desenvolvimento humano.

No entanto, também acredito que narrar, através da escrita, a memória da trajetória é um movimento espontâneo, garantindo a autonomia das pessoas nas suas escolhas. Nesse trabalho de conclusão da residência o formato de autoavaliação e reflexão do deslocamento enquanto residente poderia ser considerado a própria concepção de metodologias ativas, proporcionando a possibilidade da produção utilizando outras metodologias. Além de sensibilizar e esclarecer a importância do memorial. Sobre isso Padro e Soligo (S/D) afirmam que narrar é um tipo de discurso da sequência de acontecimentos que possibilita dar à luz o desejo de os revelar.

Assim, depois de refletir sobre as escolhas feitas por mim e um pouco antes de iniciar a escrita desse trabalho, cheguei à conclusão que o memorial é uma boa escolha para a percepção dos meus avanços nos últimos anos de atuação profissional, que reflete diretamente nas minhas conquistas e desenvolvimento como pessoa.

A narrativa que adotei tem como pressuposto a liberdade das expressões com títulos criativos, descrevendo as primeiras aproximações com a Educação Física desde as primeiras braçadas nas piscinas, passando por mergulhos profundos na Educação Física Escolar, até a chegada a novos caminhos na Saúde da Família, como a história do patinho feio e seus enfrentamentos para mostrar a beleza de seu nado.

Descrevo os sentimentos de medo e ao mesmo tempo vontade de contribuir e conhecer sistematicamente as marolas desses novos rios da Saúde da Família e da Saúde Mental como áreas de atuação da professora de Educação Física que sempre gostou de conhecer e se relacionar com pessoas.

O que a Educação Física se não uma cultura corporal das pessoas, com as pessoas, entre as pessoas ?!

A história da Educação Física está intrinsicamente ligada à saúde, no entanto numa perspectiva higienista, na preparação de corpos fortes e “saudáveis” para o trabalho, forças militares, como prática de lazer ilusória para a classe proletária. Ou seja, a Educação Física sempre era relacionada exclusivamente ao corpo (BRACHT, 1999). De acordo com Soares et al. (2012) os exercícios físicos passaram a ser vislumbrado como “receita” e “remédios”, acreditava-se que através deles, sem mudar as condições de vida que se encontrava o trabalhador, seria possível adquirir o corpo saudável, ágil, disciplinado exigido pela nova sociedade capitalista. Scabar, Pelicioni (2012) afirmam que resquícios dessa visão ainda é propagada reduzindo a atuação do professor de Educação Física a práticas meramente biológica, física, metabólica, antropométrica e fisiológica.

Com o passar dos tempos a Educação Física ganha notoriedade através dos benefícios do exercício físico para a saúde. Assim começa o conto dessa relação entre a Educação Física e a Saúde, assim como a história com a educação.

Nos últimos anos várias mudanças ocorreram na Saúde Pública. A criação do Programa Saúde da Família (PSF) foi um dos esforços para a consolidação do SUS no país. Em seguida, percebeu-se que palavra Programa subtendia a momentos pontuais, assim mudou-se a nomenclatura para Estratégia da Saúde da Família (ESF), afim de ampliar as ações. Com a equipe de profissionais (médico, enfermeiros, técnicos em enfermagem e agentes comunitários) na ESF houve necessidade de outros profissionais para atender com as diversas demandas. Assim foi criado o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), uma equipe multiprofissional que apoia de maneira conjunta e articulada a equipe mínima (RODRIGUES; FERREIRA; SILVA, 2013).

A criação do NASF teve como objetivo aumentar efetivamente, a resolutividade e a qualidade da Atenção Básica. Utilizando estratégias como a ampliação das ofertas de cuidado, do suporte ao cuidado e à intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em âmbito individual quanto coletivo (BRASIL, 2014).

Nesse mesmo contexto, o professor de Educação Física é considerado um profissional de saúde devido o reconhecimento da atividade física como fator importante para prevenção de algumas Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). Desse modo, o professor de Educação Física passa a fazer parte da equipe do NASF para desenvolver programas de atividades físicas na Atenção Básica. Atualmente esse reducionismo do fazer da Educação Física, no que diz respeito a atuação exclusivamente com atividade física, ainda é presente

nos discursos das pessoas (MENDES; CARVALHO, 2015). Mas será que a ampliação das ações desse profissional pode favorecer o cuidado integral e continuado?

Com esse olhar ampliado que busquei colocar em prática os conhecimentos nesse período de residência, não apenas como professora de Educação Física, mas também como profissional de saúde que utilizou das vivências anteriores na Educação para promover saúde.

2 METODOLOGIA

Esse trabalho trata-se de uma narração das memórias da minha infância/adolescência, passando pela graduação, experiências profissionais até o período atual na Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Adotei o memorial por constituir um instrumento importante de autoavaliação sistemática impondo senso crítico ao também dialogar com outros autores de acordo com cada temática descrita. Visto que, é possível visualizar o deslocamento e avanços alcançados durante o período. Assim, dividir a narrativa em períodos cronológico com temas criativos enfatizando a discussão e análise das vivências na Residência Multiprofissional em Saúde da Família desde março de 2017. Além de utilizar registros imagéticos, por construir as memórias a partir das imagens auxiliando no exercício da reflexão e lembranças do que foi vivido.

3 OS PRIMEIROS ENCONTROS COM A ÁGUA: AS PISCINAS CONTAM UM POUCO DA MINHA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

Não lembro o dia exato que começou essa paixão por piscinas, mas minhas lembranças revelam a minha infância ardeada por águas. Quando era o dia de lavar a casa, a área externa ou a cozinha, se tornava momento de festa, eu e meus irmãos adorávamos escorregar e brincar com água.



Imagem 1-Banheira de casa



Imagem 2- Eu e meu irmão

Outra situação que marcou e deixa em ênfase essa minha trajetória nas piscinas foi o fato de meus pais serem sócios de um clube aquático, e praticamente todos os finais de semana íamos para esse clube. Os dedos ficavam enrugados de ficar várias horas dentro da piscina. Ficar no ambiente fluído e dinâmico como a água sempre me fez bem. Segundo Cenni

(1993), a água "É um meio no qual é impossível se fazer menos e deixar acontecer mais, pode-se permitir o fluir" (p.46). Esse "Fluir", na minha concepção é desfrutar dos prazeres do meio líquido de forma lúdica, criando um novo sentido para o contato com esse mundo amplo e ambivalente que é a água.



Imagem 3- Eu e meus dois irmãos



Imagem 4- A família completa

Acredito que é uma paixão de família. Aos 8 anos de idade minha mãe decidiu fazer aulas de hidroginástica justamente no turno oposto ao horário que estudava, assim costumava ir com ela para as aulas. No início não tinha aulas de natação, apenas pedia para o professor de minha mãe para entrar um pouco na piscina, e ele permitia. Depois abriu turmas de natação, foi meu presente do ano. Ao se passar alguns meses de aulas a professora das turmas me convidou para participar de um festival de natação. Particpei e ganhei a medalha de segundo lugar na prova de perna de crawl com a prancha. Essa conquista fez eu ficar ainda mais apaixonada pela natação.

Assim dividia meus dias na escola e nas aulas de natação. Quando mudei para outro bairro, passei fazer aulas no SESI, na turma de natação infantil regular, onde a piscina era também utilizada alguns minutos depois por uma equipe de natação, chamada Perform, que treinava para competições. O treinador sempre chegava mais cedo e as vezes me observava nadando. Quando então resolveu fazer o convite para fazer parte da subequipe da Perform. Alguns dias se passaram e fui conversar com o treinador e dizer que aceitava a proposta de treinar na subequipe. Passei a treinar 3 dias na semana e 2 horas por dia. Particpei de algumas competições regionais e os resultados foram positivos. Depois de um ano o treinador acreditava que deveria passar para equipe principal, treinar todos os dias e 3 horas por dia. Muito empolgada com os resultados, aceitei o desafio. Vieram campeonatos baianos, fui campeão baiana nas provas de nado peito, vice-campeão em outras provas. Uma das melhores conquistas foi a classificação para participar das Olimpíadas Escolares Nacional em Poços de Caldas, Minas Gerais, tudo pago pela federação baiana.



Imagem 5 -Jogos Abertos do Interior em Vitória da Conquista

Dessa forma que inicia minha história na Educação Física, uma infância e adolescência muito envolvida com a natação e outros esportes na escola.

4 UM MERGULHO PROFUNDO NOS RIOS DA EDUCAÇÃO FÍSICA: FORMAÇÃO ACADÊMICA

No final do ano de 2011 ingressei na UEFS no curso de Licenciatura em Educação Física. Amparada pelo amor a natação e gosto por outras práticas esportivas escolhi a Educação Física como profissão. Não era sonho de criança, mas as minhas vivências fizeram que meu caminho fosse trilhado pelos rios da Educação Física.

Durante o período de graduação fui estagiária do SESI (Serviço Social do Comércio) /Perform, SESC, SEST/SENAT (Projeto Polo Olímpico) e bolsista do PIBID. Além das disciplinas regulares, os estágios nesses espaços contribuíram substancialmente na minha formação.

O estágio no SESI/Perform foi minha primeira oportunidade de atuação. Como conhecia os profissionais da Perform, por ter feito parte da equipe como atleta foi mais fácil me integrar a equipe profissional da empresa que prestava serviço para o SESI na área das atividades aquáticas. Foram dois anos de muita descoberta e aprendizado. Fui professora de natação nas turmas iniciais (4 aos 6 anos), intermediários (7 aos 12 anos) e para adultos.

Tomando como conceito norteador que a natação é uma modalidade esportiva que nela está imbricada vários sentidos e significados, os quais são interpretados de modo a ser ensinado e praticado de forma diferenciada, isso considerando também que a água possibilita uma variedade de ação e movimentos, fui construindo minha metodologia de ensino para

alcançar os objetivos dos alunos e pais. Existiam outros profissionais nos mesmos horários com outras turmas, mas não havia articulação entre nós, cada um desenvolvia suas aulas de forma individual sem diálogo com o outro professor, no que diz respeito ensino-aprendizado. Essa situação incomodava, no entanto, estava chegando e me aprimorando no serviço e por isso não conversei com os outros professores sobre essa articulação na prática de ensino.

A bolsa de estágio do SESC tinha como objetivo notório promover a formação profissional de estudantes, ao vivenciar práticas do provável campo de atuação, o acompanhamento das aulas de professores atuantes, permitir a interação entre o ensino superior e campo de atuação profissional, e contribuir para a articulação entre teoria e prática necessárias à formação dos acadêmicos, elevando a qualidade das ações acadêmicas dos cursos que visivelmente é prioridade na formação e acompanhamento dos indivíduos. No que diz respeito ao exercício físico e desportivo, o Sesc no período oferecia atividades como: Natação para adultos e crianças, Hidroginástica, Karatê, Futsal, Musculação, Ginástica e Dança de salão. Das quais, atuei apenas com o futsal, musculação, hidroginástica e natação. A aproximação da atividade docente (mesmo em um espaço não escolar) foi a principal contribuição que o estágio acrescentou em minha formação como professora de Educação Física. Diagnosticando, intervindo, refletindo e partilhando as experiências pude crescer como profissional. As impressões do estágio foram as melhores, tenho satisfação e alegria ao dizer que fiz parte dessa grande instituição de renome.

A forma que os profissionais estão envolvidos e a organização me motivou o suficiente para exercer minhas atividades, sou grata pela oportunidade. Todas as atividades vivenciadas mostraram a grande contribuição do estágio SESC na minha formação acadêmica e formação pessoal, deixando claro a responsabilidade e a importância do que é ser um professor de Educação Física.



Imagem 6-Torneio de Polo Aquático



Imagem 7- Final da aula de futsal



Imagem 8- Aula de Hidroginástica



Imagem 9- Final da aula de natação

No SEST/SENAT estagiei no Projeto Polo Olímpico que tinha como objetivo incentivar a natação através do estímulo à formação integral do indivíduo, a promoção de hábitos saudáveis e a prática esportiva de participação e competição para crianças e adolescentes em situação de risco e vulnerabilidade social no município de Feira de Santana. Na perspectiva de estimular a prática esportiva o público participante do Projeto Pólo Olímpico, da ANI, de maneira geral era constituído por crianças e adolescentes dos 10 aos 13 anos e que tinham interesse e afinidade com a natação. E particularmente com vistas a proporcionar a inclusão social, a ampliação de acesso a direitos e participação cidadã. Foi uma experiência muito importante, vivi momentos de cuidado e gestão mesmo sem perceber que realizava. Hoje consigo lembrar que muitas vezes, apesar de estagiária, era eu que colocava em prática o projeto, marcava reuniões com os pais, conversava com os alunos sobre o desenvolvimento na escola, proporcionava momentos de autoavaliação, além das atividades lúdicas que o faziam desenvolver os fundamentos básicos da natação de uma forma mais leve e dinâmica.



Imagem 10 - Uniforme novo para os persistentes



Imagem 11-Primeiras aulas

Durante a graduação também fui bolsista do Programa Institucional de bolsa de iniciação à docência – PIBID, cujo o foco principal é aproximar os acadêmicos de Educação Física da prática docente, preparando-os para uma atuação coerente e consciente de suas responsabilidades. E neste contexto, aprofundar nas discussões sobre a natureza da

profissão docente, além de possibilitar a visualização do espaço escolar da rede pública de educação e a construção de planejamento para intervenções em uma turma. Essa interação entre o ensino superior e ensino básico, articulação entre teoria e prática são elementos necessários para a formação dos docentes, elevando a qualidade das ações acadêmicas nos cursos de licenciatura, e especificamente de Educação Física. Como bolsista do PIBID eu descobri a atividade docente do professor de Educação Física dentro da sala de aula. Tínhamos um professor tutor, o qual era concursado da escola selecionada para o programa, e todas as ações desenvolvidas na escola era articulado com esse professor, além dos coordenadores. Foi através desse programa que me aproximei da atuação escolar, pude vivenciar essa relação direta professor-aluno, entender os processos de planejamento, avaliação de aulas, materializar o ensino das práticas corporais como conteúdo da Educação Física. Uma experiência enriquecedora, que acrescentou profundamente na minha formação como professora. No PIBID atuei com turmas do ensino fundamental e médio.



Imagem 12-Último dia de intervenção com a turma do 9º ano do Colégio Hilda Carneiro

5 VOLTA ÀS PISCINAS, AGORA DO OUTRO LADO DA BALIZA: ATUAÇÃO PROFISSIONAL

Depois de vários anos de encontros com a piscina como aluna, retorno para esse lugar efetivamente como professora de natação infantil e hidroginástica. Quando finalizava a graduação e o estágio do Sesc, recebi o convite do professor Ariel para trabalhar na sua nova empresa, chamada Hidromax, uma pessoa que sempre confiou no meu trabalho desde a primeira oportunidade de estágio no Sesi/Perform. Fiquei muito feliz com o convite ao mesmo tempo senti o peso da responsabilidade, mas claro que aceitei a proposta.

No ano de 2016 vivi o primeiro ano de atuação profissional na Hidromax e no Colégio Barbosa Alves, também foi um convite de um professor que trabalhava no Sesc e Sesi quando era estagiária.

Na Hidromax trabalhei com turmas de natação infantil (4 aos 7 anos e 7 aos 12 anos de idade) e hidroginástica para adultos, idosos e gestantes. Nesse período coloquei em prática todas as leituras sobre pedagogia da natação sempre priorizando o método que acreditava, uma aprendizagem focada em atividades lúdicas que desenvolvessem os elementos fundamentais da natação. Moisés (2006) explica os dois principais seguimentos utilizados para o ensino da natação atualmente. A pedagogia tradicional, na qual as aulas são fundamentadas a partir de exercícios com níveis de complexidades crescentes, o aprendizado e aprimoramento da técnica dos nados independente de idade e diferenças individuais. E a pedagogia baseada no lúdico, em que a metodologia planejada tem como intuito priorizar os interesses e necessidades dos alunos no momento, utilização de uma diversidade de materiais e brinquedos para os jogos e brincadeiras, valorizando os conceitos da criatividade, construtivismo e liberdade, considera também os aspectos internos e externos dos alunos, incentiva o diálogo para que o processo de aprendizagem seja prazeroso da adaptação ao meio líquido às mais específicas percepções da ação da água sobre o corpo e do corpo sobre a água, descobrindo várias formas de deslocamento no ambiente aquático.



Imagem 13- Natação Infantil Hidromax



Imagem 14- Natação Infantil Hidromax



Imagem 15- Natação Infantil Hidromax



Imagem 16- Natação Infantil Hidromax

Assim, planejava minhas aulas, fazendo com que o aluno percebesse a fluidez do seu corpo na água de forma lúdica e prazerosa. No meio do caminho enfrentei alguns desafios como: integração de alunos autistas, síndrome down, síndrome de West, crianças com

traumas excessivos de água e cobranças exacerbadas dos pais. Confesso que superei esses obstáculos no dia a dia, conhecendo melhor as crianças, seus comportamentos e pais. Com isso aprendi que nada está prontinho na literatura, mesmo sendo doenças ou comportamentos iguais biologicamente, cada um tem suas especificidades e para que o processo de ensino-aprendizagem aconteça é preciso conhecer essas especificidades e construir estratégias para tal.

Enfim, na Hidromax vivenciei os melhores momentos de minha vida. Aprendi muito com as alunas de Hidroginástica, idosos com histórias de vida incríveis, gestantes extremamente preocupadas com sua saúde e do bebê, pessoas em busca de interação com outros, que esqueciam seus problemas físicos realizando os exercícios e brincando na água. Tudo era motivo de festa !



Imagem 17- Hidroginástica Hidromax



Imagem 18- Hidroginástica Hidromax



Imagem 19- Chá de Fraldas para nossa gestante

No Colégio Barbosa Alves assumi as turmas do turno vespertino (G2, G4, 1^o e 5^o ano). Nos meus planejamentos incluí algumas práticas corporais como, ginástica circense, dança, lutas, jogos e esporte. Foram tardes de muito trabalho, chegava em casa exausta, no entanto contente com os resultados das atividades desenvolvidas. Não tinha noção o quanto é cansativo trabalhar com educação infantil, mas é um período muito importante de formação, onde esforços devem ser realizados a fim de garantir um ensino de qualidade consolidado para as próximas etapas.

A coordenação sempre demonstrou interesse em contratar para assumir todo o colégio, as turmas do matutino e vespertino. Por outro lado, acabei demonstrando dúvida e medo. Então foi feito esse mesmo convite para o professor do turno da manhã, ele aceitou. Assim, fui informada dessa decisão e sou demitida. Algo já estava sendo preparado para o próximo ano. No discurso da diretora ela relata que não tomei a decisão e sempre demonstrava dúvida em aceitar a proposta, além de comentar sobre o interesse em fazer uma especialização. Apesar de não demonstrar interesse em continuar trabalhando na escola, por avaliar poucas perspectivas de crescimento, ouvir um “não” foi difícil. Mas foi esse “não” que influenciou diretamente na minha vontade em fazer a Residência em Saúde da Família.



Imagem 20- Inícios das aulas de Ginástica Circense no CBA



Imagem 21- Conteúdo Dança no CBA



Imagem 22- Conteúdo Lutas no CBA



Imagem 23- Grupo 2



Imagem 24- Apresentação final do conteúdo Ginástica Circense no 5º ano



Imagem 25- Aula de Malabarismo no 5º ano

6 FINALMENTE O PATINHO FEIO ENCONTRA UMA NOVA FAMÍLIA: A RESIDÊNCIA COMO POSSIBILIDADE DE AMPLIAR CONHECIMENTOS E MOSTRAR SUA BELEZA

6.1 A descoberta da família Atenção Básica, Unidade da Saúde da Família e NASF.

Antes de iniciar a narrativa da minha chegada na residência, vou contar um pouco sobre a história do patinho feio. É uns dos contos mais conhecidos por todos, por narrar a história do patinho que “nasceu” um patinho feio, muito diferente dos outros, e por muito tempo foi rejeitado e criticado, até descobrir que não era pato e sim um cisne exuberante e belo. Assim utilizo como metáfora essa história no título e subtítulo no intuito de descrever alguns sentimentos que ao longo da minha formação como professora de Educação Física surgiram, uma Educação Física minimizada que a todo tempo tem que provar a sua importância, ou seja, tem que provar que também é bela, um cisne e não um patinho feio no meio dos ditos fundamentais.

Durante a graduação, e até mesmo antes, ouvi muitos falarem que Educação Física é a profissão que trabalha com exercícios para o corpo e treinamento esportivo. Que o profissional dessa área atua apenas com a prevenção de doenças, que a sua função na escola é rolar a bola para os meninos jogarem futebol e as meninas baleado, que eles são detentores de todos os saberes da musculação para transforma-los em corpos perfeitos, e tantos outros estigmas que surgiram ao longo da história e em diferentes contextos sociais, que restringem e mediorizam a atuação do professor de Educação Física. No meio dessas discussões, em vários momentos me perguntava, se essas falácias existem apenas por distorção das pessoas ou se nós mesmos em alguns momentos transparecemos essas imagens. Sempre incomodava essa situação e para não me envolver profundamente no grupo desses profissionais que por vezes reafirma essa visão reducionista da Educação Física resolvi buscar novos desafios e descobertas. Mesmo compreendendo que nas minhas experiências profissionais anteriores eu me colocava num lugar diferente, de uma professora que tem um

olhar ampliado no que vai ensinar, no que os alunos irão aprender, da minha função nas vidas daquelas pessoas, eu queria mais, queria mudar completamente o campo de atuação.

Então, busquei informações com uma colega que estava na residência da FESF. Ela passou alguns textos que me ajudaram a estudar para seleção. Em um mês de estudos fiz as primeiras descobertas sobre a Estratégia da Saúde da Família, Atenção Básica, Unidade da Saúde da Família, NASF. A cada leitura eu me encantava com o SUS, os princípios, as diretrizes, os objetivos e a organização dos programas estavam tão claros e lindos. Quando recebi a notícia da aprovação senti uma alegria imensa e ao mesmo tempo senti medo, talvez por não saber para onde iria, o que exatamente iria fazer, como faria para ir todos os dias para Dias d'Ávila, se teria fôlego para cumprir 60 horas semanais, várias dúvidas e receios passaram em meus pensamentos. Mas arrisquei e fui em busca de enfrentar esses medos.

Dias d'Ávila é o cenário de prática, não tinha informações sobre a cidade, apenas conheci quando realizei uma prova de concurso para professor algum tempo atrás. Nesse dia a percepção que eu tive era de uma cidade pacata, deserta, poucas pessoas nas ruas, algumas pessoas pediram que tivesse cuidado por ser uma cidade violenta, e sabia que era a cidade das águas, as garrafinhas de água mineral conhecida por muitos é marca divulgadora da cidade. Depois desse episódio, no dia da matrícula foi solicitado que conhecêssemos a cidade e uma das unidades de atuação da residência. Quando cheguei na unidade da Concórdia fui recepcionada pela preceptora de enfermagem que me acolheu muito bem e logo após me direcionou para as duas residentes do NASF que já estavam na unidade e conhecia o ambiente algumas semanas anteriores.

Assim, minha primeira semana nas unidades foi uma semana de aproximação e conhecimento do campo de atuação. Não conhecia o funcionamento e nem a estrutura física de uma USF, apenas a UBS próxima a minha casa que utilizei o serviço para vacinação. Então para mim foi realmente uma descoberta, as residentes apresentaram as unidades da concórdia e entroncamento, os profissionais, os serviços ofertados e contaram um pouco das atividades que tinham desenvolvido, além das inquietações por não ter preceptor naqueles dias.

A primeira imagem que chamou minha atenção foi o fato de duas unidades dividirem o mesmo terreno, tanto na Concórdia como no Entroncamento (na época ainda em construção a USF Entroncamento II). Se construída em lugares diferentes viabilizaria o acesso, sendo facilitado pela maior proximidade com suas respectivas áreas de abrangência. Como afirma Azevedo (2007), é prioridade identificar a facilidade de acesso das pessoas ao serviço de saúde durante a implantação de uma USF, para garantir os princípios do SUS, como ampliar os níveis de equidade, integralidade e universalidade, princípios organizativos do Sistema Único de Saúde (SUS), que tem como objetivo defender o direito à saúde do cidadão.

Outro ponto observado em destaque foi a grande quantidade de pessoas nas unidades para poucos profissionais e estrutura física restrita. Não entendia a organização dos atendimentos, mas percebi que muitos esperavam por muito tempo. Mas além disso, nesse

primeiro dia descobri coisas interessantes que são realizadas na Estratégia de Saúde da Família que não sabia, como: dispensação de medicamentos, visita domiciliar, sala de espera educativa, condições físicas das unidades conservadas.

No entanto, ainda não visualizava o profissional de Educação Física atuando nesses espaços e integrando a equipe do NASF. A única certeza que eu tinha era que existia uma praça em frente às unidades da concórdia com equipamentos da academia da saúde e lá eu poderia desenvolver algumas atividades com diversos grupos diferentes. Assim, minhas vivências anteriores relatadas acima, com alunos autistas, Síndrome de Down, idosos, gestantes poderiam contribuir abrindo caminhos e possibilidades de atuação, por ser experiências que se aproximam do trabalho na ESF.

O que me acalentava era que a maioria dos profissionais do NASF, inclusive do município também estavam descobrindo a real função e atuação desse núcleo ampliado. Na verdade, melhor seria que fosse uma realidade inversa, eu descobrindo e eles me acolhendo ajudando entender melhor as estratégias utilizadas no processo de trabalho do NASF. Apesar de que, é compreensível esses desencontros mesmo depois de algum tempo, o NASF é uma estratégia muito recente e muito complexa, que está se consolidando nos dias atuais. Mas essa compreensão não tinha no momento, achava que todos que já trabalhavam na ESF deveria dominar a função do NASF, mais ainda os profissionais dessa equipe.

O Caderno de Atenção Básica do NASF (2014) descreve que a intenção do surgimento do NASF foi:

Na perspectiva de ampliar a capacidade de resposta à maior parte dos problemas de saúde da população na atenção básica, o Ministério da Saúde, a partir de experiências municipais e de debates nacionais, criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf), por meio da Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008, republicada em 4 de março de 2008. (BRASIL, 2014,p.6)

Ainda sobre a visão dos profissionais a respeito do NASF, em determinada reunião da USF do Entroncamento, uma ACS relatou que não queria fazer visitas com nenhum profissional do NASF, houve uma experiência anterior com outro profissional que justifica sua fala, segunda a mesma, o profissional a fez passar por um constrangimento ao falar da casa suja da usuária. Essa fala nos deixou surpresos, demonstrando que na unidade existia um vínculo enfraquecido com o NASF e conceitos mal definidos sobre a função e objetivo dessa equipe. Nos assustamos muito com esse relato. Foi assim que surgiu a importância de elaborarmos um documento ou mesmo organizar momentos para explicar o que é o NASF e as atividades que são desenvolvidas para a comunidade e toda equipe. Engraçado, nós que estávamos também perdidos quanto esses conceitos, queríamos montar um instrumento com essas informações para outros profissionais e comunidade! Iniciamos a construção do instrumento, mas não finalizamos nem divulgamos, achamos melhor iniciar esse trabalho

individualmente, com conversas em grupos menores, até para conhecermos melhor essas pessoas, seria mais viável. Percebi que foi um movimento de pesquisa e diálogo fundamental, não só para apresentar de forma pontual e sim um trabalho constante. Dessa forma estávamos realizando matriciamento, prática desenvolvida nesse momento sem ter consciência do significado e sentido, mas percebemos a necessidade de compartilhar o conhecimento (mesmo que ainda estivesse sendo construído) com o outro viabilizando a troca de saberes.

Entre reuniões e outras atividades desenvolvidas como territorialização fui entendendo razoavelmente a dinâmica das USF, do NASF e no âmbito maior o que seria Atenção Básica.

Assim encontrei nesse novo desafio, um trabalho idealizado brilhantemente, mas com muitas fragilidades e potencialidades que precisam ser desabrochadas garantindo esforços para a realização prática de um SUS mais justo para as pessoas.

6.2. Primeiros nados no NASF

Assim como as primeiras conquistas e medalhas na natação, as primeiras ações efetivas no NASF também se tornaram importantes na minha vida pessoal e profissional.

Como tudo começou... Para a nossa inserção na ESF do município ocorreu um recuo de ação do NASF do município sobre algumas unidades e estas passaram a serem apoiadas pelo núcleo de residentes. Para tanto, houve a necessidade de estabelecimento de vínculo com as equipes, com a comunidade e a manutenção de um grupo de práticas corporais que já existia em uma das USF. Nas outras, houve a criação de grupos e em todos eles buscou-se desenvolver atividades de convivência que valorizassem a percepção corporal, as potencialidades culturais da região por meio da apropriação de práticas corporais contextualizadas.

Dessa forma, a minha primeira ação desenvolvida foi no segundo dia em Dias d'Ávila. Para esse dia pensei em uma atividade de aproximação, um pouco sem jeito falei com o grupo e desenvolvemos a dinâmica corporal com desafios diversos. Todos nos receberam bem, apesar de ainda sentir um desconforto das pessoas com a mudança do profissional de referência do grupo. Foi um momento de transição no grupo de Hiperdia da Concórdia, na época também chamado de Academia da Saúde, onde o professor que conduzia as atividades informou seu afastamento. A notícia não agradou as pessoas, pois ele foi o mentor da criação do grupo, um profissional alegre, envolvente, que atrai as pessoas e demonstrava gostar muito do que faz. Assim, fica fácil construir um vínculo forte com ele. Nesse contexto, senti uma responsabilidade imensa em substituí-lo e fazer com que as pessoas gostassem também de mim e do meu trabalho. Não sabendo eu, que o objetivo principal não era fazer com que as pessoas gostassem do professor de Educação Física que está conduzindo o grupo, que também poderia ser conduzido por outro profissional, mas sim, fortalecer esses encontros para maior vínculo das pessoas com a Unidade de Saúde da Família.

Nessa perspectiva Furlan (2010) afirma que a grupalidade, ou seja, o sentido real do grupo acontece com mais facilidade quando há a formação de vínculo. Entendendo o vínculo como a relação particular das pessoas com outro e o mundo. Dessa forma, o grupo que viabiliza a formação de vínculo possibilita o conhecimento mais profundo das pessoas, seus hábitos, o modo como se relaciona com os outros e com os objetos no mundo, revelando sua história de vida expressas nos momentos dos grupos. Assim, conhecer a história de vida das pessoas constitui um dos instrumentos mais importante no cuidado.



Imagem 26 –Confraternização do final de ano (2017) do Grupo Vida Ativa

Os grupos são instrumentos primordiais no cuidado integral dos usuários, não só por garantir atividades e encontros determinados periodicamente, mas também por aproximar essas pessoas à desenvolver práticas de autocuidado através dos momentos planejados pelos profissionais.

Sobre os grupos Chiaverine (2011) afirma que é um recurso fundamental nas práticas de saúde desenvolvidas na atenção primária. Estruturando e desenvolvendo adequadamente as atividades permite organizar melhor os processos de trabalho além de ampliar a capacidade assistencial com qualidade.

O grupo de Hiperdia ou Academia da Saúde da Concórdia era um grupo eminentemente de exercício físico, onde o objetivo das pessoas se restringia a prática de exercício para uma vida saudável. Até o nome do grupo demonstrava essa concepção saúde/doença. Hiperdia é a denominação criada para o grupo de pessoas que são hipertensas e diabéticas. Academia da Saúde é o espaço construído para o desenvolvimento do programa, no entanto foi construída apenas a praça e colocado os aparelhos utilizados para realizar exercícios físicos.

Existe ainda uma lógica que centraliza os processos de saúde nas doenças, em detrimento aos programas e práticas disseminadas no âmbito da saúde pública e coletiva que valorizam ações e atividades grupais com objetivos amplos, promovendo práticas que vislumbra a saúde e seus variados elementos condicionantes (GARCIA, 2014). É válido ressaltar que por muitos encontros a condução do grupo não tinha noção que o desenho

organizacional estava centralizado nas questões ligadas às doenças. Com as rodas, turnos pedagógicos e as discussões fomentadas abrir meus olhos sobre o quanto estávamos afirmando que para ter saúde era preciso não ter doença ou mesmo tratá-la. Após essas reflexões propomos aos participantes mudar o nome do grupo. Realizamos uma eleição e o nome escolhido para o grupo da Concórdia foi “Amigos da Saúde”, do Entroncamento “Vida Ativa” e da Varginha “ Vida Longa”. Assim como, as atividades desenvolvidas foram implementadas para atender os objetivos comum das pessoas e entendendo suas especificidades para o cuidado integral.

As práticas corporais é um dos instrumentos utilizados nos grupos para aproximar as pessoas destes e conseqüentemente das unidades. Nessa linha, Mendes e Carvalho (2016) apontam que os encontros entre pessoas significam um contraponto ao padrão de saúde da área, justamente por compreender o corpo de outra perspectiva, mais ampliada, o que não significa desconsiderar os saberes e práticas do campo biomédico, mas reconhecer que a atuação em saúde demanda a integração de outros referencias. Nesse ponto, que é colocado as práticas corporais no sentido mais amplo em detrimento da atividade física como ferramenta primordial no trabalho do professor de Educação Física na Saúde.

As práticas corporais como modos de expressão “ da cultura corporal de determinado grupo carregam sentidos e significados que as pessoas lhes atribuem” (Carvalho, 2007, p.65 apud Mendes e Carvalho, 2016). A atuação nessa perspectiva possibilita a ampliação das experiências dos sujeitos com o corpo, isso também é produzir saúde. Além de viabilizar o desenvolvimento sociocultural, ao realizar práticas pertencentes a história do Brasil e outros lugares de origem. Reconhecendo tais benefícios, planejava as atividades a partir das manifestações da cultura corporal, como: dança, ginástica, luta, capoeira, exercícios funcionais, esporte, jogos e brincadeiras. Considerando também os desejos e anseios das pessoas, atentos as questões específicas e coletivas para que as pessoas alcancem seus objetivos e se considerem saudáveis.



Imagem 27- Capoeira



Imagem 28 – Alongamentos na Barra



Imagem 29- Exercícios de Funcional



Imagem 30- Montanha Russa no ônibus com destino a Guarajuba



Imagem 31 – Oficina de bandeirolas para festa de São João



Imagem 32- Fundamentos do Basquete

Aos poucos colocamos no planejamento momentos de Educação em Saúde com alguns temas específicos, como Saúde da Mulher articulado com algumas práticas corporais. Sobre esse dia, considero uma das intervenções mais eficaz de todos os encontros, onde eu e a enfermeira residente conseguimos planejar e colocar em prática juntas as atividades. Percebemos o interesse, satisfação e apropriação das pessoas do grupo com as discussões levantadas, e disposição ao realizar as práticas corporais de forma conjunta. Fiquei realizada por conseguir aproximar a enfermeira do grupo, que teve uma formação instrumentalizada para os atendimentos individuais. Ela pode compreender que o grupo é da unidade e que todos os profissionais tem a responsabilidade de participar, conduzir e ser mais uma atividade adicionada na agenda da equipe.

Sobre esse assunto Ander (2000) e Campos (2000) apud Dias, Silveira e Witt (2009) revelam a necessidade dos grupos serem explorados a partir da subjetividade da equipe. Estimulando a manifestação da experiência pessoal, saberes específicos de cada profissão, habilidades, gosto, vocação, para condução das atividades do grupo.

Como NASF, em reuniões e outros momentos informais provocamos momentos de reflexão dos profissionais no intuito de entender a importância da equipe mínima também conduzir as atividades dos grupos. Esse processo foi lento, utilizei do vínculo com os profissionais como estratégia de confiança. No final do primeiro ano conseguimos alguns ganhos significativos: as duas enfermeiras da Concórdia 1 planejaram e realizaram atividades se responsabilizando na condução dos grupos em 3 momentos; a auxiliar das dentistas também participou/conduziu o grupo Amigos da Saúde. Nas outras unidades não houve avanços das equipes ao se dedicar aos grupos e atendimentos coletivos. No entanto, todos os esforços foram positivos, pois disseminamos essas necessidades e hoje, no segundo ano da residência, vejo um cenário diferente, com a participação ativa de todos profissionais (em escala) nos grupos.



Imagens 33,34 e 35 – Grupo Amigos da Saúde sobre Saúde Mulher e Práticas corporais (conduzido pelo núcleo da Enfermagem e Educação Física.

Os primeiros passos no NASF também foram marcados pelos momentos de sala de espera nas USFs. Espaço onde as pessoas estão esperando por um atendimento e podem ouvir e se apropriar de algumas informações do ponto de vista do funcionamento da unidade, assuntos e temas atuais sobre saúde. Quando conduzimos esses momentos era importante falar sobre o NASF e seus objetivos, mesmo ainda com conhecimento superficial sentimos a necessidade de apresentar esse “desconhecido”. E para divulgar a criação de um novo grupo no Entroncamento e consolidar o grupo já existente na Varginha, eu comentava sobre a relação da atividade física e saúde, convidava as pessoas para brincar de vivo ou morto utilizando as cadeiras e alongar por alguns minutos. Não que aquelas atividades ali realizadas na sala de espera fariam as pessoas adquirirem hábitos mais saudáveis, que os alongamentos executados naquele momento teriam modificações músculos-esqueléticos daqueles indivíduos, o intuito era chamar atenção daquelas pessoas, convidá-las e aproximá-las ainda mais da USF, fortalecendo o vínculo em busca do cuidado integral.

Como afirma Japur e Borges (2008), esses espaços de sala de espera ao promover Educação em Saúde é relevante na medida que fomenta um diálogo com a população, gerando reflexão e problematização, que possibilitem a construção de uma relação de

corresponsabilidade e favoreça formas mais humanas e efetivas no processo de trabalho em saúde, tanto para os usuários, como para os profissionais.

Outro espaço que vivenciei com intensidade no início da residência foram as reuniões. As primeiras reuniões do NASF sempre eram realizadas com a equipe do NASF do município e com certa periodicidade a coordenadora da Atenção Básica discutia algumas demandas e organização do processo de trabalho da equipe. Nessa oportunidade, a cada 15 dias um profissional deveria levar um tema relacionado a ESF para reunião, como: ecomapa, genograma, PTS. Faço uma análise que eram reuniões produtivas, esse contato direto com os outros profissionais nos mostravam outras realidades e modos diferentes de atuação. Além disso, separávamos parte da reunião para discutir casos específicos das USFs de cobertura da residência. Nesse contexto, Merhy e Malta (2003) afirmam que a ampliação de espaços democráticos de discussão e decisão, favorecendo os momentos de escuta, de trocas e decisões coletivas, ou seja, investindo na “criação do sujeito coletivo”, reorganiza o processo de trabalho, qualifica as ações e conseqüentemente é ofertado melhor assistência aos usuários.

Concordando com os autores anteriormente citados, as reuniões são momentos de muita potencialidade de articulação e trabalho compartilhado, pois diversifica as estratégias utilizadas na condução e resolutividade de casos. Por isso houve esforços para qualificar as reuniões de equipe, estruturando as pautas fixas e valorizando as discussões de casos.

Ao lembrar desses momentos vejo o quanto fui insegura e por muitas vezes não expressava minhas opiniões quando as discussões não eram diretamente sobre minha atuação e ninguém direcionava para mim. Esse comportamento omissivo era desde a época da graduação, passando pelos momentos de bolsista, e momentos de discussões em grupos maiores. Refletia sobre o que estava em debate, tinha minhas opiniões mas tinha receio do que as pessoas poderiam pensar. Esse enfrentamento para superar os medos e inseguranças de expressar algo foi um dos principais exercícios que fiz durante a residência.

As primeiras ações do NASF também incluíam o apoio na organização da agenda das equipes. Foram nesses momentos de sentar com alguns profissionais das equipes e apoiar na estruturação da agenda que me perguntava várias vezes até onde esse apoio iria, até onde deveríamos respeitar a capacidade de auto-organização da equipe e identificação das necessidades reais de seus respectivos territórios. Sentia que a equipe estava saturada de discutir e organizar essa agenda, mas estávamos lá “pressionando” essa organização.

Uma dos instrumentos de trabalho mais importantes do NASF é o apoio matricial, que está relacionado diretamente às ações técnico-pedagógica. O apoio refere às relações horizontais mediante a produção de linhas transversais, que ordena as relações do apoiador matricial, não de acordo com a autoridade/hierárquica, mas sim de forma dialógica (SANTOS, 2016). Esse diálogo entre o apoiador e apoiado que não visualizava na organização da agenda, a necessidade foi identificada pelo NASF e a equipe apenas concordou em fazê-la, mas não existiu uma discussão leve e compartilhada.

Como ficou evidente, os meus primeiros nados no NASF foram nos grupos, muito pelo formato construído dos grupos e por tudo ser muito novo no município de Dias d'Ávila. Foi importante as braçadas dadas no mundo da Educação Física e Saúde, apesar de realizar outras atividades me vi muito presa a desenvolver ações específicas do meu núcleo. Fazendo uma análise desse início e dos últimos dias do primeiro ano da residência, gostaria de ter mergulhado mais em outros rios. Nos próximos capítulo narro alguns deslocamentos para passear em rios fora da Educação Física.

6.3 Um passeio fora dos rios: a Educação Física fora de sua “Zona de Conforto”

Logo nos primeiros dias de atuação senti um vazio, como se todas as minhas vivências anteriores pessoais e profissionais não valeriam em nada nesse novo cenário. Cheguei e constatei que não existia piscina pública na cidade. E agora, o que iria fazer? A piscina sempre foi minha “zona de conforto”, lugar de trabalho que muitas vezes o peso do nome trabalhar não existia, pois manejava as minhas funções sem colocar muitos esforços e por ser meu “habitat” natural de origem.

Para descobrir qual o papel da Educação Física na Atenção Básica e quais seriam minhas atribuições procurei me inserir nos espaços apenas que demandavam, como relatei no capítulo anterior, sobre meus primeiros passos na residência: os grupos, as reuniões do NASF e de equipe mínima, sala de espera e apoiando na organização da agenda da equipe. Assim, iniciei meus passeios fora dos rios, fora das piscinas, como se fosse as primeiras braçadas, ainda insegura, apenas cumprindo as demandas, sem refletir sobre o fazer. No entanto, fui descobrindo que poderia fazer muito mais, e os espaços educacionais proporcionados pela residência foram fundamentais para essas descobertas.

Nos primeiros meses não realizamos os turnos pedagógicos, momentos que deveriam ser reservados na carga horária administrativa para discussão de temas emergentes do processo de trabalho que diz respeito a Saúde da Família e suas vertentes. As obrigações das Unidades se sobressaíram tão fortemente nesse início que não valorizamos e nem protegemos os turnos pedagógicos. Depois de alguns meses despertamos a importância desses turnos e assim passamos a priorizar essa agenda. Discutimos sobre o fazer do NASF, algumas tecnologias leves de trabalho utilizadas na ESF, saúde mental na Atenção Básica, o papel do profissional do NASF de referência das equipes, apoio matricial, luto, e outros turnos de núcleo com o apoiador de Educação Física, sobre atendimento individual, a educação física na saúde, entre outras reflexões que ajudaram vislumbrar as diversas ações que o NASF, e o professor de Educação Física realizam na Atenção Básica.

As rodas de campo e núcleo também contribuíram na minha formação. Foram ofertadas no período noturno, facilitadas respectivamente pelo apoiador pedagógico institucional e apoiador pedagógico de núcleo. Faço uma análise que as rodas de campos não foram 100% efetivas devido as interrupções em decorrência das saídas e novas

contratações de apoiador institucional, dificultando a articulação dos temas trabalhados. Por outro lado, as rodas realizadas foram relevantes na medida de relacionar situações que emergiam no campo com teorias existentes na literatura, corroborando diretamente com a nossa formação, pois facilitava o entendimento de algo que estávamos vivendo, ou seja, a práxis do conhecimento.

As rodas de núcleo foram as melhores de todos os espaços pedagógico. As primeiras rodas aconteceram com todos os profissionais de Educação Física dos três municípios. Essa junção foi riquíssima, proporcionava a troca de experiências entre os campos, realidades e estratégias diferentes para problemas semelhantes, isso ajudava a ampliar as possibilidades de atuação diante as situações expostas e problematizadas. Nessa oportunidade discutimos sobre as práticas de prevenção, promoção e reabilitação da Educação Física na ESF, entre outros temas. As rodas realizadas em Dias d'Ávila com o preceptor, eu e apoiador também foram produtivas, iniciamos a construção do Projeto Político Pedagógico da Educação Física na Saúde do município, discutimos o papel do professor de Educação Física nos atendimentos individuais e visitas domiciliares, a história da inserção da Educação Física na saúde, e outras reflexões essenciais que auxiliaram na construção do meu caminhar na Atenção Básica.

Outro espaço pedagógico e de reflexão ofertado pela residência são os seminários integrados, que no primeiro ano eram realizados uma vez no mês. No início tinha dificuldades para entender a importância dos seminários integrados, pois visualizava seminários totalmente desintegrados, onde as discussões eram separadas por município e os temas eram os mesmos do Grupo Diversidade (esse sim, a integração era evidente). Nos últimos meses do primeiro ano de residência os seminários assumiram um novo formato, uma metodologia que facilitasse a integração, temas essenciais e inovadores para refletir o trabalho em saúde.

Nesses seminários discutimos sobre humanização e gestão do cuidado em saúde. A escolha do tema foi acertada, muito relevante na discussão da Atenção Básica. Com todas as dificuldades da conjuntura, o trabalho passou a significar ganho para sobrevivência e garantia de um futuro digno. A precarização das condições de trabalho fortalece ainda mais essa ideia. Assim é comum encontrar trabalhadores principalmente da saúde e da educação desmotivados, sem forças para enfrentar e mudar a realidade cruel. Nesse contexto, seguir os princípios e diretrizes do SUS é uma luta diária. Como humanizar o cuidado se as condições de trabalho não são humanizadas? A partir dos relatos de experiências e da minha atuação vejo que podemos minimamente (o que está ao nosso alcance) cuidar das pessoas com um olhar humano. Corresponsabilizando pelo cuidado, conhecendo a rede e fazendo articulações entre os pontos, sabendo ouvir, conhecendo a história de vida das pessoas e acolher o problema, são coisas fundamentais para humanização do cuidado. Acredito que foi o melhor seminário, por ter sido uma atividade que realmente houve integração com todos os residentes, compartilhando a realidade do seu campo de atuação.

Todos esses espaços mediaram os processos formativos, sendo essenciais no meu deslocamento profissional e pessoal. Assim os relatos seguintes, da diversidade de atividades desenvolvidas estabelecem uma relação direta com esses momentos pedagógicos, ao qualificar tais ações. Penso, que um profissional imerso na saúde sem esse apoio pedagógico tende a realizar ações sem reflexões, dessa forma torna-se um trabalho automático refletindo em práticas homogêneas. Isso consigo verificar todos os dias a caminho de Dias d'Àvila, pois viajo com várias profissionais da saúde (enfermeiras, coordenadora da UPA, coordenadora do Samu, assistente social, técnica em enfermagem) que trabalham em Camaçari e costumam discutir sobre o processo de trabalho nas USF e UBS, UPA e SAMU. Nos últimos dias elas têm discutido bastante sobre a chegada de gerentes nas unidades, função exercida anteriormente pelo núcleo de enfermagem. Muitas estão incomodadas com o não conhecimento e critérios de contratação das pessoas que ocuparão o cargo e com a descentralização do “poder” de decisões administrativas e assistenciais da enfermagem para o gerente. Percebo que existe fortemente a concepção que a enfermagem tem esse papel gerenciador e que trabalhar em equipe é algo inexistente. Por outro lado, compreendo que há uma lógica social e as próprias demandas influenciam o não refletir sobre a prática.

Apesar dos percalços, a residência realmente proporciona espaços privilegiados para formação de profissionais preparados para atuar na saúde, em busca de concretizar os princípios e diretrizes de um SUS mais digno e igualitário. Desta forma realizei várias atividades as quais não imaginava que um professor de Educação Física poderia realizar no âmbito da Saúde, como: visitas domiciliares, atendimentos individuais, acolhimento, articulação de rede, matriciamento, educação permanente, consulta compartilhada e educação em saúde.

6.3.1 Cuidado Integral e Compartilhado: aproximando as práticas em saúde

Meu primeiro e grande desafio foram as visitas domiciliares. Não conseguia entender o que eu, uma professora de Educação Física poderia desenvolver numa visita. Prescrever exercícios para diabéticos e hipertensos? Dar orientações sobre a importância da prática de exercícios físicos para obesos, pessoas sedentárias, idosos que tem dificuldades para ir até a unidade? As minhas experiências de trabalho anteriores não se estendiam para o domicílio, a produção do conhecimento era restrita ao lugar de trabalho. Logo, como não entendia o meu lugar nas visitas, passei muitos dias sem realizar esse contato com os usuários em suas casas. Os outros profissionais da equipe mínima também não visualizavam o professor de Educação Física nas visitas, e sim realizando atividade de práticas corporais nos grupos. Assim os casos eram demandados apenas para os fisioterapeutas. O meu apoiador de núcleo ajudou muito nesse processo de inserção nas visitas.

A primeira estratégia foi pedir para participar das visitas dos fisioterapeutas. Assim aconteceu minha primeira visita domiciliar, com o fisioterapeuta na USF da Varginha a casa de uma usuária que tinha uma perna amputada e necessitava de exercícios de fortalecimento.

O colega fez sua intervenção, eu praticamente só acompanhei. Depois da visita meu apoiador promoveu um momento de reflexão sobre outros elementos que poderia ser abordado e observado, como sua história de vida, gostos, atividades diárias, estrutura física da casa, contexto familiar. A partir desse dia percebi que a visita não é restrita a manipulação específica da problemática de saúde, existem outras informações que precisam ser dialogadas para que o cuidado seja integral.

De uma forma semelhante se configura os atendimentos individuais, espaço desafiador para Educação Física, pois fomos direcionados a realizar práticas grupais, com mais liberdade, sem muitos paradigmas (roteiros e estrutura institucionalizada). Mas pela necessidade da gestão e dos princípios que regem o NASF fomos provocados a realizar os atendimentos individuais. A minha preocupação a princípio era as chances de retornarmos para lógica ambulatorial. Mas aos poucos fui compreendendo que seria uma ótima experiência, afinal, entender também esse espaço (ambulatório) facilita desenhar o caminho que devo direcionar a minha prática de Educação Física na Saúde.

Assim, resolvemos abrir espaços na agenda para atender inicialmente as pessoas dos grupos de convivência das unidades. Como instrumento norteador utilizamos uma ficha de atendimento individual construída por alguns residentes de Camaçari da turma anterior, mas não queríamos nos aprisionar às fichas, o intuito era promover um espaço de trocas, sem hierarquia, ou seja, buscando o cuidado integral a partir da clínica ampliada.

Depois de realizar algumas consultas individuais com usuários que iniciaram as atividades nos grupos de práticas corporais nas unidades, percebi o quanto é necessário conhecer a história de vida das pessoas para oferecer o cuidado. O que vale montar um treino, planejar atividades práticas, prescrever um plano alimentar, dar orientações de autocuidado, se não sabemos o que as pessoas almejam, quais são os seus objetivos de vida, seus sonhos, o que gosta, o que faz, a trajetória de vida, situações marcantes? Acredito que é insuficiente apenas aplicar um questionário, fazer perguntas normativas, realizar avaliação física, psicomotora e analisar exames médicos. Me senti mais segura quando conversei com estas pessoas sem paradigmas, sem ficar preocupada em seguir a ordem de perguntas previamente organizada, e assim ouvir e conhecê-las. Segurança também, em planejar e pensar no que devo proporcionar de acordo com elementos que constituem cada usuário em sua individualidade. Saber ouvir é o primeiro aprendizado.

Em contrapartida, a lógica biomédica, que supervaloriza a produção, a quantidade de atendimentos, os procedimentos clínicos inviabilizam os profissionais da equipe mínima perceber a importância de mergulhar na vida dos usuários. As tecnologias leves que perpassam nesse sentido do trabalho humanizado devem ser mais presentes como ferramentas dos profissionais de saúde da família. A ESF não é uma proposta que nos remete a Unidades Básicas de Saúde, mas sim centralizar a atenção nas PESSOAS DA FAMÍLIA. Quebrar essa lógica centrada na doença, nos procedimentos clínicos, nos medicamentos é uma luta diária.

Continuando essa reflexão, quando destaco a importância da conversa nos atendimentos individuais, fui instigada a entender as diferenças e integrações entre conversar, consultar e clinicar.

Vamos começar pelo significado das palavras. Segundo o dicionário Aurélio consultar é pedir a opinião, gerir de alguém mais experiente; aconselhar-se, instruir-se com, buscar informações ou esclarecimento, procurar conhecer o que se passa em; inquirir, auscultar, sondar. Conversar é trocar palavras, ideias (com alguém), sobre qualquer assunto; falar. Clinicar é exercer a profissão de médico clínico; praticar a medicina. Refletindo com base nesses significados é possível vislumbrar essas ações conjugadas, acontecendo no mesmo momento. Por outro lado, é notório nas salas e consultórios, a presença apenas da via direta dos atos, o paciente é consultado e o profissional da saúde exerce sua função clínica. Sendo que, a troca de informações entre as duas partes é de extrema importância na construção do projeto terapêutico e para que o cuidado seja continuado. Ou seja, conversar e construir vínculo possibilita o conhecimento de informações necessárias para tomada de atitudes pertinentes simultâneos, tanto do paciente como do profissional.

Assim como afirma Lopes (2005): "A consulta em Atenção Primária à Saúde (APS) deve representar uma prática social entre médico e pessoa, com troca de conhecimentos, com um contrato, sendo fundamentada na parceria, na busca de construir o cuidado mediante ações dentro e fora do consultório, de ambas as partes. Prática esta onde o médico e a pessoa busquem aprender sobre os problemas de saúde, refletir sobre suas repercussões, suas relações e determinação no processo de cuidado". A conversa deve fazer parte da consulta, ouvir o que o outro tem a dizer e falar baseado no que ouviu é tão importante quanto clinicar. Vejo que a prática em saúde centralizada no paciente é mais eficiente do que a prática centralizada nos procedimentos e condutas. Isso que defendo e tive base para organizar as consultas em Educação Física, fugindo da lógica ambulatorial.

Por outro lado, foi difícil colocar em prática esses pensamentos. Esse encontro é estigmatizado pela sociedade como um momento de avaliação física, testes de flexibilidade, planejamento de treinos. Isso me deixa muitas vezes intrigada e sem reação, esse pensamento biológico e midiático que as pessoas carregam sobre a Educação Física como seguimento para o cuidado único do corpo. Em um determinado dia de atendimentos agendados, a usuária depois de realizar a avaliação antropométrica pediu para calcular seu IMC e quantos quilos precisava perder para chegar ao seu peso ideal. No momento falei que tinha uma tabela com valores de referência de acordo com a altura e peso sugerido, iria providenciar essa tabela e depois informar o valor. Logo após, pensei "poxa deveria ter perguntado para ela...na sua concepção qual seria o seu peso ideal? Como você vê seu corpo? Como se sente bem?" E explicar que valores cientificamente referenciados é relativo, o importante é relacionar seu estado de saúde com suas preferências. Mas ainda me pego aprisionada também a esses estigmas, sem saber como agir, talvez com medo de como seria a reação das pessoas e qual seria a forma adequada para esclarecer tais questões. Porque

é difícil se ver num lugar "sozinha", com um pensamento em que vários outros profissionais, a televisão e a história que permeia essa condição restrita da Educação Física na saúde ainda é valorizada. É preciso que exista um diálogo entre os profissionais, para que o caminho das ações desenvolvidas da Educação Física na saúde seja trilhadas no mesmo sentido.

Nesse contexto, as consultas compartilhadas também exercem esse papel de diálogo e troca de saberes entre os profissionais. É um instrumento que utiliza fortemente as características das tecnologias leves da ESF, mas pouco utilizada, talvez pela falta de conhecimento das potencialidades desse instrumento, ou pelas práticas egocêntricas e centralizadas em um único profissional. As consultas compartilhadas eram conhecidas por nós residentes, no entanto, o real sentindo não, éramos solicitados no momento da consulta e na maioria das vezes quando o profissional sabia que ali era seu limite. Na consulta não existia trocas, cada um tinha seu momento de intervenção, quando se encerrava uma orientação se iniciava a do outro profissional e suas especificidades. Infelizmente, vivi pouco esses momentos, eu não era solicitada e as outras demandas de grupos ocupavam a maior parte da minha agenda.

Outro espaço que pouco vivenciei foi o acolhimento. É uma prática muito relevante para organização do processo de trabalho dos profissionais na Atenção Básica, além de ser um ato prioritário da humanização do cuidado.

Na saúde, o acolhimento é uma prática presente em todas as relações de cuidado, nos encontros reais entre trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas, podendo acontecer de formas variadas de acordo com a realidade de cada território (BRASIL, 2013).

Muitos acreditam que o acolhimento se resume a atender o usuário de demanda espontânea em uma sala, registrar a queixa, a conduta e tentar resolver o motivo o qual a pessoa procurou o serviço. Acolher vai além disso, o acolhimento começa na portaria quando o segurança da unidade atende e conversa com a pessoa, com a recepcionista, com a higienizadora, é escutar de forma qualificada o usuário, é garantir o acesso ao serviço, é formar vínculo, é buscar resolutividade junto com a pessoa e quando necessário com outros profissionais. Acolher é uma postura ética de todos os profissionais, não só daquele que é referência do acolhimento (BRASIL, 2013). Em vários momentos presenciei alguns profissionais quando são procurados por algum usuário ou outro profissional para falar de uma situação de acolhimento, dizer que não é ele que está no acolhimento e que a pessoa deve procurar o acolhedor do dia. Isso não é ser ético e muito menos está cumprindo com seu papel de profissional de saúde.

Quando relatei que pouco vivenciei o acolhimento, me refiro da forma oficial, institucionalizada. Pois em vários momentos acolhi na recepção, no corredor, na praça, no caminho até a unidade. Destas poucas vezes percebi que o mais difícil é lidar com o não previsto, e pensar rapidamente qual atitude tomar. Outra dificuldade observada é a centralização dos processos inclusive o acolhimento nas práticas médicas. Lembro de um

caso que estava no acolhimento e no dia não tinha médico na unidade e a enfermeira estava muito ocupada. Uma mãe chegou com o filho gripado, referindo febre no dia anterior, orientei alguns cuidados com alimentação, beber água e lavar com soro o nariz da criança que relatou congestão, isto depois de fazer algumas perguntas. Se caso piorasse pedi que retornasse à unidade para atendimento médico. A mãe não saiu contente, pois o desejo dela era que o filho fosse atendido no dia pelo médico e saísse com o receituário em mãos de alguns medicamentos prescritos. Por vezes me sentia um fracasso, quando percebia que o desejo do usuário não foi atendido da forma como queria. Ao mesmo tempo, pensava que nem sempre o desejo expresso pelas pessoas é o qual realmente elas precisam.

Entre essas atividades de encontros individuais e compartilhados organizamos uma força tarefa para encontrar e conhecer outras pessoas e serviços que estão diretamente relacionados com a saúde no município. Fiquei responsável de visitar o Caxixi, que atende crianças, adolescentes e adultos com transtorno mentais (autistas, pessoas com Síndrome de Down). O intuito da visita era conhecer o espaço, as atividades desenvolvidas, o objetivo do projeto, o público atendido, a forma de encaminhamento e inscrição, entre outros aspectos importantes para a construção das relações e da rede.

Confesso que criei expectativa positivas antes da visita. O combinado com a equipe NASF era conhecer o equipamento como se fossemos usuários, para que o entendimento do real objetivo do projeto e nossa análise a partir da visita proporcionasse uma melhor interpretação e mais próximo da realidade. No entanto, visualizei o facebook do projeto antes da visita e ao chegar no espaço me apresentei como professora de Educação Física do NASF. O primeiro contato foi com a responsável pela limpeza do espaço, e de mediato, apesar de ter me apresentado, não me senti acolhida, ela pediu que esperasse a coordenadora do lado de fora, pois, o horário do início das atividades era às 9 horas. Depois de alguns minutos chegou uma professora e nos convidou para entrar e esperar a coordenadora, para iniciarmos a conversa sobre o Caxixi. Logo que entrei, percebi que é uma área bastante aconchegante, semelhante a uma fazenda com vários chalés (salas de atividades), área verde extensa, espaço facilitador para aprendizagem e desenvolvimentos dos alunos.

No turno que visitamos (manhã), a coordenadora relatou que tinha poucos alunos matriculados, nesse dia apenas três, mesmo com outras salas e outra professora. Acredito que poderia ter mais alunos e acolher mais a demanda, se é que existe essa demanda, melhor dizendo, existe sim a demanda, mas se é que a demanda conhece o Caxixi e se os meios de entrada (matrícula) facilitam a participação dessas pessoas no projeto. É nesse ponto que percebemos a necessidade de conhecer e unir essas linhas de forma que facilite, e seja mais resolutivo o processo de trabalho em saúde, proporcionando o cuidado integral, ou seja, dar importância a construção da rede de saúde. Apesar de receber incentivo financeiro da prefeitura percebi que esse projeto não é monitorado no intuito de proporcionar ações mais adequadas no que diz respeito a rede de saúde mental.

Vejo que as práticas desenvolvidas na saúde são normatizadas em sua maioria, deixando em segundo plano a criatividade, marcada por um aprisionamento das ações e várias amarras na produção do cuidado. Nessa perspectiva, que o trabalho vivo deve ser valorizado no cotidiano, promovendo a liberdade de atitudes, constante inovação, fazendo do profissional um ser criativo, ou seja, ampliando e favorecendo o cuidado integral, a gestão do cuidado, o acesso, acolhimento.

Segundo Franco (2006) o trabalho vivo como elemento da formação da Rede, se constitui o desenho das linhas do mapa que ligam suas equipes, os usuários, outras unidades, equipamentos do território que integram a saúde ou mesmo o trabalho com o ser humano integral. Assim, os trabalhadores de saúde se desejarem podem fazer essas conexões, pois o trabalho vivo é autogovernável, as relações são construídas no ato do cuidado pela consciência do profissional da importância da criação de estratégias na resolutividade dos problemas que surgem nas unidades de saúde. Dessa maneira, o primeiro passo foi dado, o conhecimento dos pontos estratégicos do território, nesse caminho, a construção do vínculo com os profissionais desses espaços seria o segundo passo, convidá-los a também conhecer a atenção básica, poderiam facilitar a desatar os nós que existem nesses fluxos, de forma, que seja realmente uma troca, um diálogo entre partes de forma descentralizada, no que se refere o processo de trabalho, e sim centralizado quando pensamos no sujeito. Acredito que o egoísmo, a falta de interesse e a descrença no sistema enfraquece essa articulação.

Para tanto, é preciso fortalecer o sistema de saúde com práticas que reverberem positivamente a concretização de políticas necessárias e de melhorias.

Sobre essas práticas, a Educação em Saúde é um dos instrumentos essenciais para autonomia dos usuários, no que tange seu cuidado, e para o controle social, ao proporcionar práticas educativas sobre a saúde pública. Nessa perspectiva, realizei salas de espera sobre práticas corporais e saúde, autocuidado, hipertensão, conselho local de saúde, e promovi momentos de reflexão nos grupos com várias temáticas. É importante esclarecer que as ações de Educação em Saúde realizadas foram de forma horizontal, com o diálogo, fazendo com que as pessoas se entendem como fundamentais no seu processo de saúde.



Imagem 36 e 37- Encenação sobre Câncer de Mama



Imagem 38- Atividade Educativa sobre o Outubro Rosa

Ainda sobre as ações desenvolvidas, o matriciamento foi uma das práticas de fazer saúde mais discutidas nos espaços pedagógicos e reuniões. Segundo Chiaverini (2011) o matriciamento constitui um modo inovador da saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica. Matriciar é uma das funções essenciais no trabalho do NASF. Confesso que não entendia o que era matriciamento quando ouvi as primeiras vezes, achava que era simplesmente organizar momentos de discussão de um tema específico. Mas o matriciamento vai além de um espaço estruturado com várias pessoas. O matriciamento pode acontecer na recepção enquanto dois profissionais estão trocando saberes dos seus núcleos de conhecimento que interfere diretamente no campo de prática, pode acontecer numa visita domiciliar compartilhada, no acolhimento, quando o profissional de referência do acolhimento precisa de uma segunda escuta e o outro profissional antecipa dando orientações necessárias para a conduta, enfim, o matriciamento é o ato de compartilhar saberes entre profissionais ampliando as possibilidades de cuidado. Muito diferente das minhas relações de trabalho anteriores, na escola e clubes de natação, onde cada profissional tinha sua independência, sem diálogo e nem trocas de conhecimentos, o trabalho era individualizado. Apesar de existir a implementação da interdisciplinaridade e transversalidade dos conteúdos na escola, as aulas ainda são produtos de um trabalho individual.

Imagem 39, 40 e 41- Matriciamento sobre Ecomapa e Genograma



É fascinante essa perspectiva de pensar e fazer a saúde de forma mais horizontalizada, utilizando o saber como instrumento fundamental de compartilhar o cuidado. Partindo desse pressuposto, não apenas os profissionais do NASF são os responsáveis de matriciar, todos os outros profissionais, tanto da equipe mínima como de outros serviços, se apropriaram de saberes específicos de suas funções e estes saberes articulados e compartilhados facilitam a construção da rede, responsabilização pelo usuário, construção do vínculo, e gestão do trabalho em saúde.

Para exemplificar, realizei um matriciamento com as enfermeiras da Concórdia 1 e 2 para suas respectivas equipes. Ao surgir a necessidade dos profissionais terem conhecimento sobre o Projeto Terapêutico Singular e outras ferramentas na condução de casos em equipe, organizamos, inicialmente um momento de matriciamento sobre Genograma e Ecomapa. Planejamos atividades dinâmicas e práticas que auxiliasse no entendimento e reflexão dos conceitos trabalhados, como confiança no outro, percepção de limites, compartilhamento,

trabalho em equipe, rede de saúde, estudo da família e suas relações, e outras discussões que surgiram na compreensão destas ferramentas como integrantes na ampliação e qualificação das ações dos trabalhadores. Esses dois matriciamentos foram marcantes. A avaliação da equipe foi positiva e a metodologia conjunta (NASF e enfermeiras) de troca de saberes foi eficaz na construção de concepções descentralizadas.

No mesmo caminho, a Educação Permanente é uma estratégia de qualificação dos processos no âmbito da saúde. Matriciamento e Educação Permanente são conceitos que se assemelham e se confundem, mas na verdade se completam. Carotta, Kawamura e Salazar (2009) afirmam que a Educação Permanente são momentos estruturados, formativos e trabalha com ferramentas que buscam a reflexão crítica sobre a prática cotidiana dos serviços de saúde, sendo, por si só, um processo educativo aplicado ao trabalho que possibilita mudanças nas relações, nos processos, nos atos de saúde e nas pessoas. Ou seja, o matriciamento é o ato de compartilhar os saberes, já a Educação Permanente é o espaço desse conhecimento ser produzido, reproduzido e autoproduzido, com objetivo de provocar mudanças significativas no desenvolvimento do trabalho na ESF refletindo positivamente na saúde individual e coletiva da população.

Particpei de várias intervenções de Educação Permanente proporcionadas pela gestão. É louvável um município como Dias d'Ávila, que pensa e coloca em prática medidas inovadoras para consolidação do SUS. Isso é perceptível quando se propõe parar os serviços de forma organizada para que os trabalhadores reflitam sobre suas práticas e pensem em alternativas que qualificam o cuidado aos usuários.

Vivenciei profundamente o planejamento de uma Educação Permanente sobre a rede de Saúde Mental, e percebi o empenho que a gestão tem colocado para tornar esses momentos efetivos, inclusive buscando parcerias com entidades estaduais e outras experiências exitosas.

Relembrar todas essas atividades desenvolvidas que fizeram sair da minha “zona de conforto” e passear por longos rios da saúde, me fez perceber o quanto cresci e me desenvolvi. Alguns desejos ficaram para trás, no entanto, tenho convicção que minha atuação ajuda reafirmar a Educação Física que defendo, que passeia por vários rios e afluentes, mas sempre mergulha em suas nascentes. Uma Educação Física que trabalha com as práticas corporais valorizando não apenas as questões orgânicas, mas também as sociais, subjetivas e culturais, que considera a singularidade e totalidade dos indivíduos, e tendo como referencial a clínica ampliada. Uma Educação Física que nunca está sozinha, desenvolvendo práticas individualizadas, mas sim buscando o trabalho compartilhado e promovendo saúde a partir de outros instrumentos da ESF.

7 SAÚDE MENTAL E EDUCAÇÃO FÍSICA: UM NOVO ENCONTRO COM VÁRIOS DILEMAS

Minhas vivências antes da residência perpassaram pelo cuidado às pessoas em sofrimento psíquico, transtorno mental e síndromes de forma heterogênea. No entanto, não imaginava se dedicar exclusivamente a este público. Foi no estágio optativo em Saúde Mental que descobri novos encontros e velhos paradigmas da Educação Física com a saúde. Nesse capítulo faço uma análise de minha trajetória na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) em Dias d'Ávila, no qual, o CAPS é o cenário emblemático e ordenador do trabalho em saúde mental.

Durante o primeiro ano da residência, em alguns momentos dos grupos de convivência tive dúvidas de como lidar com os usuários do CAPS que participavam dos grupos. O mais importante é que eu não enxergava diferenças entre eles, por outro lado as pessoas do grupo enxergavam essas diferenças e alguns não agiam de forma acolhedora, com um olhar indiferente e atitudes julgadoras. Em um determinado dia no grupo Vida Ativa uma usuária que é acompanhada pelo CAPS chegou em crise, muito falante, repetitiva, uma fala robotizada. Isso causou um desconforto de algumas pessoas do grupo, pois interferiu diretamente nas atividades realizadas. Nesse momento tentei dialogar com algumas, mediando o entendimento da situação de crise que aquela usuária estava passando. Muitas entenderam apesar de continuar olhando de forma atravessada, mas uma pessoa não conseguiu entender, e de forma agressiva pedia para a usuária calar a boca e sair de perto dela. Fiquei bastante desconfortável com a situação e não consegui interferir no momento exato da agressão. Esse é exemplo de situação que demonstrava minha dificuldade de promover a integração entre estas pessoas.

Diante da problemática, visualizava o estágio na RAPS como uma oportunidade ideal de enfrentar essas dificuldades e superá-las. Contudo o meu receio (pela falta de entendimento do objetivo do estágio) era continuar conduzindo grupos no CAPS assim como nas unidades no primeiro ano da residência e não poder vivenciar outras realidades. Então minha primeira escolha foi estagiar na Vigilância Epidemiológica, espaço que poderia proporcionar novos conhecimentos aparentemente desvinculado com a Educação Física.

Honestamente o que me fez mudar de ideia foi a nossa organização nos grupos e períodos para os estágios, além de perceber o potencial enorme de iniciar a articulação da RAPS com a colega dentista. Não posso esquecer que em todos os serviços que atuei apontaram o quão corpo e mente estão interligados, reafirmando as possibilidades de atuação da Educação Física na saúde mental, que conseqüentemente legitima o profissional nesses espaços ampliando as práticas desenvolvidas.

Entendendo-se o corpo como forma de expressão da linguagem do sujeito, ao possibilitar a exteriorização da sua subjetividade, sentimentos, aflições, conflitos, e também narrativa sobre si, é possível compreender as práticas corporais como recurso importante do processo

de cuidado em saúde mental (BERNADES; THEIS; ZURBA; NOTO, 2014). Ou seja, o corpo fala, se produz, ressignifica e se relaciona com a sociedade produzindo significado de vida.

Concordo com Amorim e outros autores (2017) que a forma como se entende o corpo afetará diretamente as relações de poder nas instituições. Quando ele é compreendido como um objeto submetido a uma doença, com sintomas e sinais, conseqüentemente a relação profissionais e pessoa será baseado no tratamento da patologia, através da utilização de fármacos para que o corpo retorne ao padrão saudável. Esse tipo de relação torna as pessoas dependente das instituições de saúde mental. Por outro lado, quando o corpo for entendido como espaço de subjetividade, como produtor cultural, que se comunica com o sensível, são possíveis relações e práticas voltadas para “a existência-sofrimento dos pacientes e sua relação com o corpo social” (Rotelli et al., 2001, p. 90).

É triste constatar como os nossos serviços de saúde mental, inclusive o CAPS que é um serviço substitutivo dos manicômios para atender uma lógica libertadora, ainda estabelece relações de dependência e de controle, como se utilizassem camisa de força invisíveis, tratando aquelas pessoas como marionetes, corpos sem significados.

Por isso, é factível as contribuições da Educação Física, que utiliza a cultura corporal e as práticas corporais como estratégias essenciais de trabalho nos serviços de saúde mental. Fui percebendo tal importância ao longo do estágio, mesmo sendo colocado a articulação da rede como objetivo principal do período, houve momentos de contato direto com os usuários, conduzindo grupos no CAPS e roda de conversa.

Tudo começou após a reunião com profissionais de referência da VIEP, Saúde Mental, Rede Cegonha Crônicas e Gestão de Dias d'Ávila para tratar dos objetivos dos estágios e as especificidades de parceria entre estes profissionais.

Como no início não tínhamos apoiadora matricial, eu e colega residente iniciamos o planejamento de nossas ações por meio da organização do calendário de visitas aos equipamentos de saúde mental disponíveis no município, a fim de conhecer o público alvo, fluxos de encaminhamentos interno e externo, atividades ofertadas, profissionais envolvidos, mantenedores dos equipamentos, dificuldades encontradas pelos profissionais nos equipamentos, expectativas das equipes na articulação da rede e até mesmo as instalações físicas dos serviços.

Além destas visitas registramos várias ideias, inclusive ideias mirabolantes no intuito de provocar mudanças positivas na RAPS do município. Lembro, que elencamos, a partir de nossas vivências nas unidades, que o nó principal da rede era as falhas na comunicação. Então, pensamos na possibilidade de pesquisar meios de criar um aplicativo que todos os registros dos usuários acompanhados por vários serviços do município fossem visualizados no aplicativos pelos profissionais. Sem saber que existia um instrumento tecnológico na saúde que atende essa necessidade, o PEC (Prontuário Eletrônico do Cidadão), e que este já fazia parte do planejamento da gestão, através de um projeto de

pesquisa da UFBA, para implantar em algumas unidades, UPA e internamento, porém o CAPS nem foi cogitado como prioridade nesse projeto.

Pensamos também em promover matriciamentos para a equipe do CAPS sobre ESF, USF, NASF, por entender que era necessário falar do lugar que estávamos e por perceber que alguns profissionais do CAPS tinham um entendimento superficial e enviesado deste lugar que ocupamos no primeiro ano da residência.



Imagem 42 e 43- Dinâmica para refletir modelo piramidal e de rede na saúde



Imagem 44- Intensidade tecnológica no modelo piramidal

Nesse processo de diagnóstico da RAPS consideramos a importância de ouvir dos profissionais das USF da residência e dos profissionais do CAPS quais os maiores problemas existentes e que dificultam a articulação da rede.

Desde que iniciamos as atividades no segundo ano da residência os desafios já eram previstos e as expectativas para articular a rede de saúde mental ressoavam constantemente na fala dos profissionais. Como trabalhar com algo “novo” para mim que é tão importante para saúde do município e visivelmente tão difícil? Uma coisa sempre carrego nos meus pensamentos... O trabalho na saúde, esse novo arranjo da atenção à saúde carrega a necessidade de lidar com pessoas, com os profissionais, com o trabalho vivo. Então, esse pensamento ajudou a planejar nossas ações. Eu como professora de Educação Física, minha colega como Dentista mobilizamos os outros profissionais da rede e facilitamos o entendimento que além de nossas categoriais profissionais somos trabalhadoras de saúde. Nos primeiros dias ouvir da profissional de referência do estágio, se estávamos na rede de

Saúde Mental deveríamos antes ter estudado e saber tudo de Saúde Mental. Através dessa fala é visível o não entendimento da proposta da residência e da própria Rede de Atenção à Saúde. No entanto, vários foram os esforços de pensar e garantir os avanços desejados para esse estágio.

Para isso, iniciamos o processo de diagnóstico dos equipamentos de saúde mental do município. Uma dessas visitas foi uma verdadeira aventura até encontrarmos a localização. Perguntamos para os profissionais do CAPS como chegar no Querubins, instituição religiosa que acolhe todas pessoas que estão em vulnerabilidade. Todos diziam que era possível ir a pé e comentavam sobre não levar o celular, pois o trajeto é perigoso. Fomos alertadas, mas não imaginamos que era realmente muito perigoso. Passamos por umas estradas de chão onde não tinham pessoas nas ruas, atravessamos a rodovia que liga Dias D'ávila a Camaçari, entramos num caminho estreito com matos em volta e finalmente chegamos.

Lá fomos surpreendidas com a simplicidade do local, a forma que aquelas pessoas são cuidadas, com coragem e fé da responsável pela instituição de manter aquele espaço com o seu salário (aposentadoria) e ajuda voluntária de outras pessoas. O trabalho vivo que sustenta o Querubins! Não tem ajuda da prefeitura de Dias D'ávila, pois segunda a pastora existe uma briga de localização para identificar de quem pertence aquela área, de Camaçari ou Dias D'ávila, no meio dessa briga não existe ajuda de nenhum dos municípios, o sentimento de isolamento aflora, mas ela não deixa de acolher as pessoas mesmo com dificuldades financeiras para alimentação e materiais de limpeza. Quando perguntamos qual era o público, ela respondeu que era todas as pessoas que precisam de ajuda e cuidado, aquelas que são abandonadas, dependentes químicos, pessoas que chegam através de indicações, até mesmo de outras instituições de Saúde Mental do município que não atendem com os critérios de adesão e são encaminhadas para o Querubins. Ela conta com o trabalho voluntário de um psicólogo e psicanalista que realizam atendimentos uma vez por semana. Além de outras atividades como artesanato, autocuidado, campanhas espirituais, cultos, culinária e festas comemorativas. Foi relatado a grande dificuldade de acompanhamento das pessoas que estão no Querubins serem atendidas no CAPS. Saímos com um sentimento muito confuso, e pensando nas possibilidades de ajudá-los.

O Querubins e outras comunidades terapêuticas de Dias d'Ávila não fazem parte oficialmente da rede de saúde mental do município. As condições de cuidado não são ideias como prega a política de saúde mental, no entanto, o município, o estado, o país não oferece outras alternativas que dê conta da demanda, existe uma ausência de políticas públicas. A própria instituição que deveria ordenar e acolher as pessoas que necessitam de cuidado em saúde mental rejeita atendimento daqueles que estão inseridos nas comunidades terapêuticas, como relatado por um usuário do Querubins que sempre tinha dificuldades de acessar o CAPS.

Sobre esse assunto, Perrone (2014) afirma que muitas comunidades terapêuticas possuem práticas tão desumanas e iatrogênicas quanto às das antigas instituições asilares

manicomiais, sem garantir minimamente a preservação dos direitos humanos mais básicos. Um dos motivos da permanência dessas práticas é a inexistência de fiscalização, regulamentação pelos órgãos responsáveis.

Essa realidade é retrocesso de tudo que foi conquistado após a Reforma Psiquiátrica. Porém, são marcas deixadas do pouco interesse e valorização de ações públicas na saúde mental.

Além do Querubins, conversamos e conhecemos outros serviços: o CRAS e CREAS (apesar de não pertencer institucionalmente a RAPS estes serviços são acessados pelo público de saúde mental), SAMU, UPA, Ambulatório de psicologia e psiquiatria de Dias d'Ávila. Com essas visitas as primeiras impressões foi a existência de serviços de Saúde Mental que pouco se comunicam e articulam suas práticas. Uma rede onde seus pontos de interseção são frágeis, condicionando um cuidado fragmentado e restritas possibilidades terapêuticas. Há uma grande tendência na saúde dos processos serem individualizados, o que “não é meu é do outro”, isso ficou evidente nas conversas com os profissionais dos serviços visitados.

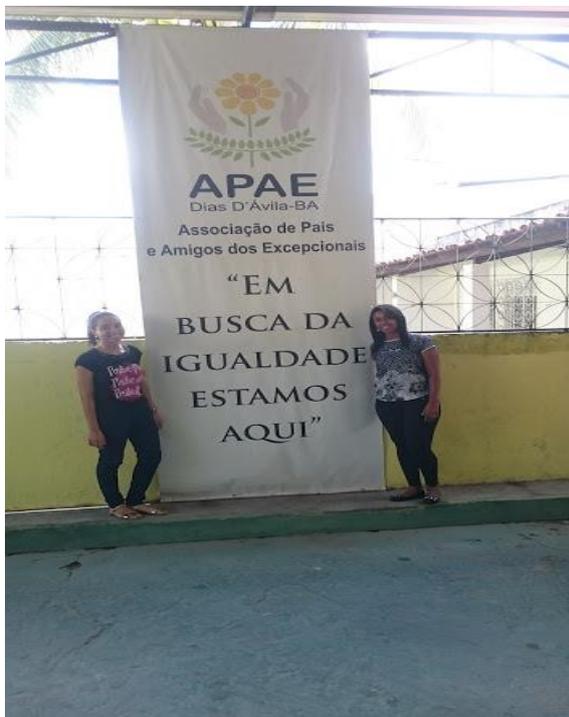


Imagem 45- Visita a APAE



Imagem 46- Visita a Comunidade Terapêutica Peniel

Sobre a temática Delfini e Reis (2012) considera que a prática do encaminhamento em que o usuário é deslocado de um serviço a outro traduz uma fragmentação no cuidado, reduzindo essas possibilidades e ocasionando desresponsabilização dos casos e dos sujeitos.

No intuito de mudar essa realidade e articular os serviços de Saúde Mental do município realizamos o diagnóstico da rede, conhecemos os equipamentos através do diálogo com os profissionais disponíveis no momento e de observações breves. Depois de consolidado as informações apresentamos os elementos constados para as USF da

Concórdia 1 e 2, Entroncamento 1 e 2, Varginha e para equipe do CAPS. Foram momentos de discussões e até mesmo aproximação inicial com aqueles serviços, pois alguns profissionais não sabiam a existência de algumas comunidades terapêuticas ou não tinha propriedade de como funcionava tais equipamentos.



Imagem 47- Apresentação do Diagnóstico no Entroncamento



Imagem 48- Apresentação do Diagnóstico no CAPS

Durante esse período do diagnóstico e das vivências dentro do CAPS muitas vezes o sentimento era de angústia por visualizar tantos problemas e não ter “braços” para resolvê-los. As relações de trabalho como residente foi limitante quando a equipe do CAPS nos enxergava como espiãs e não profissionais dispostas para contribuir no desenvolvimento das ações, qualificação do cuidado aos usuários e articulação da rede.

Um dos momentos que mais me senti frustrada no CAPS foi depois de uma longa conversa com acusações ruins, mas com um final aparentemente bem, pensei que as coisas iriam melhorar. Doce engano, a mudança nesse espaço ocorrerá de forma lentamente com a inserção da residência. Chego a duvidar se realmente vamos provocar mudanças com essa equipe atual. Pessoas que estão cansadas, desestimuladas sem perspectiva alguma de melhoras da saúde do município e que enxergaram nossa função como espiãs ao ponto de inicialmente rejeitar toda e qualquer ajuda e contribuição no trabalho. Ao ser podada quando me dispus a participar e fazer atividades na oficina, decidi e verbalizei esse sentimento de frustração para enfermeira, dizendo que não iria mais me colocar para fazer atividades no CAPS, que estava ali para ajudá-las, quando precisasse era só chamar.

Após um período vi que o comportamento da enfermeira tinha mudado, estava mais atencioso com a nossa presença. Assim fiquei esperançosa. Vejo que aos poucos perceberam que poderíamos apoiá-las nos enfrentamentos dos desafios, não de forma agressiva como vinha sendo feito, mas de forma branda e auto reflexiva. Acreditava que o caminho era esse, visto que não existia possibilidades da renovação do quadro profissional. Tentamos fazer esse movimento de micropolítica e sensibilização. Depois desse episódio fomos solicitadas para conduzir o grupo da palavra e foi fantástica a experiência. Discutimos a Lei Maria da Penha e as relações sociais no que tange às mulheres na sociedade. Foi uma

conversa muito construtiva onde eles colocaram ideias e opiniões que promoveu momentos de reflexão e algumas vezes até mudanças de opinião. Esse contato mais próximo com aquelas pessoas me mostrou a potencialidade daquele lugar, que precisa ser vislumbrada pelos profissionais existentes, colocando em práticas a estratégia de cuidado do CAPS.



Imagem 49- Corredor do Cuidado no Grupo Cidadania

Com a chegada do Terapeuta Ocupacional acreditamos que teríamos um aliado para implementar ideias inovadoras e essenciais no serviço. Mesmo receoso por estar chegando, ele contribuiu ao estimular a criação do grupo “Qualidade de Vida” estruturado por nós. Como comentei anteriormente, o objetivo do estágio não era a assistência direta, mas percebemos a necessidade de nos aproximar da equipe oferecendo a nossa atuação como profissional de Educação Física e Dentista. Foi uma estratégia de construir laços profissionais com a equipe, que inicialmente não foi possível devido as nossas intervenções no processo de trabalho do CAPS. Era uma perspectiva inicial destes profissionais atuarmos unicamente com os instrumentos principais das nossas profissões. Inclusive, a coordenadora do CAPS organizou nossa agenda inicial com a intenção de estarmos nos dias que haveria grupos. Ela dizia: “é bom você Thaise ficar nos dias de quarta-feira porque tem o grupo dos homens, eles pedem atividades físicas, jogos, ai você poderia conduzir”. Como se a única função do professor de Educação Física fosse conduzir momentos de exercício físico.

Assim como mostra a história da Educação Física, atualmente o imaginário social no que refere a pensar a prática profissional é focada na redução de peso corporal, a necessidade da prática de atividade física como melhora de saúde (VALERA; OLIVEIRA,2017). No entanto, atrelar a Educação Física na saúde mental unicamente a questões referentes ao controle do peso corporal e prática de exercício físico é reproduzir a lógica biomédica. Seria “um novo engendramento da dissociação mente e corpo: captura da subjetividade pela serialização dos corpos e estereotipia da corporeidade pelos hábitos saudáveis do exercício físico” (CECCIM; BILIBIO, 2007, p.49).

Antes mesmo de iniciar o estágio de Saúde Mental a Educação Física que acredito vai além de pensar as questões do corpo, práticas de jogos e exercícios, é também adentrar nas questões de lazer, nas discussões de imagem corporal, é entender e vivenciar as várias práticas pertencentes a história da sociedade, é liberdade de expressão, enfim uma Educação Física crítica que ultrapassam os muros da mediocridade hegemônica.

Uma das principais dificuldades da equipe do CAPS de Dias d'Ávila era justamente ampliar os olhares, tanto para as várias possibilidades de atuação como para o cuidado aos usuários.

Adotamos o caminho ideal, primeiro afirmamos que estávamos ali para ser mais do que nossas profissões, e depois nos aproximamos para mostrar que também somos a nossa profissão. Foi arriscado e não intencional, mas a realidade condicionou seguirmos esse caminho.

Dessa forma, iniciamos o planejamento do grupo "Qualidade de Vida", com a realização de um diagnóstico do entendimento dos usuários sobre a Educação Física e Práticas Integrativas, seus desejos e anseios em relação ao grupo. Na semana seguinte apresentamos uma proposta de atividades a serem desenvolvidas, que foi aceita positivamente pelo grupo.

Nesse curto período realizamos alguns encontros sobre Saúde Bucal, auriculoterapia, práticas do Vôlei refletindo as diferenças entre jogo e esporte, percepção corporal com bexigas, agilidade e raciocínio lógico. Avaliação dos usuários de que era preciso sempre realizar essas atividades. A impressão foi que eles se sentiram livres, capazes e com mais autonomia nestes momentos. E nosso sentimento de mãos atadas era vencido quando estávamos em contato com os usuários, reflexos desses momentos dos grupos. Foi muito importante retornamos as nascentes dos rios da nossa profissão, esse movimento nos mostrou especificidades do trabalho com a saúde mental na perspectiva da Educação Física e Odontologia.

O grupo iniciou nos últimos meses do estágio, passamos um longo período fazendo descobertas e nos inquietando com os problemas que presenciávamos. O desgaste das relações influenciou negativamente no desenvolvimento do estágio. O sofrimento foi inevitável. Tínhamos que nos apoiar, eu tentava ser mais serena nas tomadas de decisões e minha colega mais intensa, assim íamos nos equilibrando até o final do estágio.

Também realizamos ações no que tange a atenção a saúde mental nas USFs. Acreditamos que para traçar ações de articulação da rede era preciso que os serviços, especificamente as unidades, conheçam seus usuários. Para isso, com ajuda das apoiadoras pedagógicas residentes, a gerente e a nossa apoiadora matricial, elaboramos uma planilha com informações (nome/ ACS/ data de nascimento/ hipótese diagnóstica/ medicações em uso/ se teve crise nos últimos seis meses/ serviço que é acompanhado) que apresentasse o perfil dos usuários de saúde mental de cada equipe. Apresentamos esse instrumento em um

Acolhimento Pedagógico da RAPS, onde estava todos os profissionais da Atenção Básica do município.



Imagem 50- Apresentação da Planilha do Perfil dos Usuários de Saúde Mental

O processo de preenchimento das informações desencadeou alguns questionamentos, como: quem deveria preencher, se existe sigilo diagnóstico quando se trata de organização da própria equipe e da gestão, se os profissionais da equipe tem estas informações no prontuário. Entre outros pontos que dificultaram a consolidação e análise dos dados. Talvez teríamos que pensar em espaços em equipe para realizar matriciamento sobre essas informações e reflexões sobre a saúde mental, antes de lançar a planilha para o preenchimento.

Quando finalizamos o estágio optativo na Rede de Saúde mental, a sensação foi que avançamos no que era possível avançar. Foi uma experiência riquíssima, por ter sido a minha primeira experiência direta com saúde mental, nunca tinha trabalhado com um grupo específico de saúde mental e nem visitado um CAPS. Segundo por ter conhecido outros serviços da RAPS. Por em vários momentos aprender a lidar com conflitos diretos. Por ter compreendido que as frustrações fazem parte do processo de aprendizado e desenvolvimento pessoal e profissional. Que trabalhar com saúde é muito difícil diante a situação precária do país e o desmonte do SUS, onde vários profissionais estão desmotivados. Aprendi que na minha atuação profissional posso ser muito mais que uma professora de Educação Física e o quanto as práticas corporais podem ajudar no cuidado das pessoas que necessitam de atenção a sua saúde mental. Ficou claro para mim, que cada vez mais, os profissionais que trabalham exclusivamente com saúde mental adoecem.

Vivi momentos incríveis durante esse período e o contado com os usuários do CAPS foi importante para ampliar meu olhar no cuidado, percebendo o quanto essas pessoas tem potencial de se desenvolver socialmente, cognitivamente, fisicamente. O difícil foi fazer com que alguns profissionais percebessem isso, além de entender que os medicamentos é apenas um dos elementos para o cuidado. A medicalização está tão banalizada que até mesmo sofrimentos passageiros do indivíduo são medicados de forma irrestrita e irresponsável (Horwitz & Wakeleld, 2009).

Mas no momento de avaliação final do estágio, com todos os profissionais do CAPS foi muito bom ouvir a coordenadora dizer que a chegada da residência fez a equipe sair da zona do conforto. O objetivo da residência é justamente provocar mudanças ideais e de melhorias no processo de trabalho dos serviços. Como conclusão, provocamos mudanças sim, talvez essas mudanças acontecerão de forma lenta, mas o passo inicial foi dado.

8 CHEGADA ÀS MARGENS DO RIO: CONSIDERAÇÕES FINAIS

As reflexões descritas nesse trabalho possibilitaram novas percepções do meu eu, como pessoa e profissional. Todas ações realizadas não foram resultados de grandes esforços para exaltar ou colocar em evidência a relevância da Educação Física na saúde. Assim como, a história do patinho feio, que se incomodava com as críticas, mas não respondia com a mesma intencionalidade, penso que ao longo do tempo as pessoas perceberam sua beleza naturalmente (motivações sutis).

Ao encerrar esse ciclo na residência reconheço que preciso avançar e aperfeiçoar minhas atitudes e práticas. Essa chegada às margens do rio Residência Multiprofissional em Saúde da Família tem me impulsionada a buscar novos mergulhos de aprendizagem. Considero que foi um período de deslocamentos visíveis, todas as vivências anteriores agregaram fundamentalmente no meu crescimento, no entanto, a residência mostrou ainda mais a grandeza da Educação Física no cuidado ampliado e integral das pessoas.

Educação Física é se relacionar com as pessoas, é a cultura das pessoas, e entre as pessoas, é enxergar um corpo carregado de história. Todas essas definições desenvolvi no meu trabalho, e estas potencializaram o reconhecimento pelas pessoas da importância da Educação para além dos exercícios físicos.

A estrutura da residência, apesar da dificuldade de aplicabilidade da metodologia ativa, foi fundamental nesse processo de colocar em cena as minhas necessidades de aperfeiçoamento, quando tinha que colocar em prática minhas ideias, refletir sobre a prática, criar novas estratégias a partir de outras reflexões teóricas, e reiniciar essa espiral de construção e ressignificação.

O trabalho multiprofissional rico de compartilhamento do conhecimento apresentou-se também como instrumento fundamental de apropriações. Saber um pouco das especificidades da enfermagem, odontologia, medicina, fisioterapia, nutrição e psicologia ampliaram minha capacidade de elaboração de estratégias de cuidado.

Agora eu conheço o NASF, Atenção Básica e o SUS de dentro, e posso afirmar que é uma política que tem grandes chances para dar certo. Medidas como a residência vem qualificando profissionais de saúde para não apenas atuar nos serviços, mas também o defende-lo de críticas inconstrutivas, que só visualizam as mazelas que devem ser superadas.

Essa vontade de mudar a realidade precária vi no trabalho dos meus preceptores e apoiadores. Poder se espelhar nessas pessoas corroborou para as conclusões positivas desse período.

Finalizo essa narrativa com a fala de uma apoiadora após apresentação da Programação Anual de Saúde do município para os novos R2: “sua postura não é apenas de uma professora de Educação Física, mas também de uma sanitarista! ”. Essa fala revela que as pessoas estão começando a perceber que o profissional de Educação Física pode ser muito mais do que é preconizado, pode ser comparado de forma igualitária a outras profissões da saúde, pode fazer diferença na Atenção Primária a Saúde, indo em busca da concretização dos princípios e diretrizes do SUS, e não apenas ser aquele que trabalha restritamente com exercícios físicos, alongamento e recreação.

REFERÊNCIAS

AMORIM ET AL. Práticas corporais e desinstitucionalização em saúde mental: Desafios e possibilidades. Estudos de Psicologia, 22(1), janeiro a março de 2017.

AZEVEDO, ALM. Acesso à atenção à saúde no SUS: o PSF como (estreita) porta de entrada [dissertação]. Recife: Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz; 2007

BERNADES, S.M. ; THEIS, H. ; ZURBA, M.C. ; NOTO, A.S. Práticas Corporais em Saúde Mental na Vida Contemporânea. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, ISSN 1984-2147, Florianópolis, v.6, n.13, p.161, 2014.

BRACHT, V. A constituição das teorias pedagógicas da educação física. Cadernos Cedes, ano XIX, nº 48, 1999.

BRASIL. Caderno de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo de Apoio à Saúde da Família- Volume 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

CAROTTA, F.; KAWAMURA, D.; SALAZAR, J. Educação Permanente em Saúde: uma estratégia de gestão para pensar, refletir e construir práticas educativas e processos de trabalhos. Saúde e Sociedade, v.18, supl.1, 2009.

CECCIM, R.B.; BILIBIO, L. F. Singularidades da educação física na saúde: desafios à educação de seus profissionais e ao matriciamento interprofissional. Porto Alegre, 2007.

CENNI, R. Kan-Ichi Sato: Vida na água. São Paulo: Pioneira, 1993

CHIAVERINI, D. H. Guia prático de matriciamento em saúde mental. Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva. Brasília, 2011.

GARCIA, P. T. Saúde e sociedade: como entender a saúde. Universidade Federal do Maranhão. UNA-SUS/UFMA. São Luís, 2014.

JAPUR, M.; BORGES, C. C. Sobre a (não) adesão ao tratamento: Ampliando sentidos do autocuidado. Texto e Contexto Enferm. Florianópolis, 2008.

MENDES, M.F.M. Memoriais De Formação: Narrar-se Professor a Partir dos Saberes Cotidianos. Curitiba, 2011.

MENDES, V.M.; CARVALHO, Y.M. Práticas Corporais e Clínica Ampliada. São Paulo: Hucitec Editora, CAPES; 2015.

MERHY, E.E.; MALTA, D.C. A micropolítica do processo de trabalho em saúde - revendo alguns conceitos. Minas Gerais, 2003.

MOISÉS, M. P. Ensino da natação: expectativas dos pais de alunos. Revista Mackenzie de Educação Física e Esporte, 2006.

PADRO, G.V.T; SOLIGO, R. Memorial De Formação– quando as memórias narram a história da formação.

PERRONE, P. A. K. A comunidade terapêutica para recuperação da dependência do álcool e outras drogas no Brasil: mão ou contramão da reforma psiquiátrica? Ciênc. saúde coletiva 19 (02) Fev 2014.

RODRIGUES ET. AL. Inserção e atuação do profissional de educação física na atenção básica à saúde: revisão sistemática. Rev Bras Ativ Fis e Saúde. Pelotas/RS, 2013.

ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D. Desinstitucionalização, uma outra via. São Paulo. 2001.

SANTOS, M. L. M. O NASF em cena: tecnologias e ferramentas de trabalho no cotidiano das equipes. Porto Alegre, 2016.

SCABAR, T.G; PELICIONI, A.F; PELICIONI, M.C.F. Atuação do profissional de Educação Física no Sistema Único de Saúde: uma análise a partir da Política Nacional de Promoção da Saúde e das Diretrizes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF. J Health Sci Inst. 2012.

SOARES, C.L et al. Metodologia do ensino da educação física. São Paulo: Cortez, 2012.

VARELA, S. H.; OLIVEIRA, B.N. Alongamento? Dinâmica? Chama o professor de educação Física! Rediscutindo o fazer da categoria em um CAPS. Belo Horizonte, 2018.