



PROGRAMAS
INTEGRADOS
DE RESIDÊNCIAS



FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
FUNDAÇÃO ESTATAL SAÚDE DA FAMÍIA
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

ALECIANE ROCHA DE OLIVEIRA

**RELATO DE EXPERIÊNCIA DE UMA PROFESSORA DE EDUCAÇÃO
FÍSICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE COM ENFÂSE EM
ATENDIMENTOS INDIVIDUAIS NUMA PERSPECTIVA SÓCIO HISTÓRICA**

Camaçari
2018

ALECIANE ROCHA DE OLIVEIRA

**RELATO DE EXPERIÊNCIA DE UMA PROFESSORA DE EDUCAÇÃO
FÍSICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE COM ENFÂSE EM
ATENDIMENTOS INDIVIDUAIS NUMA PERSPECTIVA SÓCIO HISTÓRICA**

Trabalho de conclusão de residência solicitado pela Fundação Estatal Saúde da Família como parte dos requisitos para conclusão do Curso de Residência Multiprofissional em Saúde da Família.

Orientador: Victor Rocha Santana

Dedico esse Trabalho de Conclusão da Residência a todos os professores (as) de Educação Física que atuam no SUS que corriqueiramente lutam por um modelo de atenção à saúde integral, contra hegemônico ao sistema econômico capitalista.

Para os que Virão

Como sei pouco, e sou pouco,
faço o pouco que me cabe
me dando inteiro.

Sabendo que não vou ver
o homem que quero ser.

Já sofri o suficiente
para não enganar a ninguém:
principalmente aos que sofrem
na própria vida, a garra
da opressão, e nem sabem.

Não tenho o sol escondido
no meu bolso de palavras.

Sou simplesmente um homem
para quem já a primeira
e desolada pessoa
do singular - foi deixando,
devagar, sofredamente
de ser, para transformar-se
- muito mais sofredamente -
na primeira e profunda pessoa
do plural.

Não importa que doa: é tempo
de avançar de mão dada
com quem vai no mesmo rumo,
mesmo que longe ainda esteja
de aprender a conjugar
o verbo amar.

É tempo sobretudo
de deixar de ser apenas
a solitária vanguarda
de nós mesmos.

Se trata de ir ao encontro.
(Dura no peito, arde a límpida
verdade dos nossos erros.)

Se trata de abrir o rumo.

Os que virão, serão povo,
e saber serão, lutando.

Thiago de Mello

RESUMO

A Residência em Saúde da Família é de fundamental importância para potencializar a formação dos profissionais no contexto da saúde. A Educação Física tem um papel essencial no processo de trabalho na saúde com a produção do cuidado através das Práticas Corporais. Esse trabalho tem como objetivo relatar sobre as vivências das atividades desenvolvidas, com ênfase em atendimento individual de uma Professora de Educação Física que atuou na APS, a partir da ESF, no Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde da Família. Em relação à metodologia é caracterizada por reflexões acerca das vivências, com ênfase em atendimento individual, a partir da imersão na ESF entre março de 2016 a julho de 2017 em algumas Unidades da Região 04 do município de Camaçari – BA, em conjunto com a equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), (Equipe 2). Conclui-se que o programa de Residência contribuiu de forma significativa para a minha formação enquanto Professora de Educação Física, pois possibilitou compreender melhor sobre a atuação da Educação Física na APS, principalmente no que corresponde a atendimento individual.

Palavras-chave: 1. Residência Multiprofissional 2. Atenção Primária a Saúde 3. Estratégia de Saúde da Família 4. Educação Física 5. Práticas Corporais.

RESUMEN

La Residencia en Salud de la Familia es de fundamental importancia para potenciar la formación de los profesionales en el contexto de la salud. La Educación Física tiene un papel esencial en el proceso de trabajo en la salud con la producción del cuidado através de las Prácticas Corporales. Este trabajo tiene como objetivo relatar sobre las vivencias de las actividades desarrolladas, con énfasis en atención individual de una Profesora de Educación Física que actuó en la APS, a partir de la ESF, en el Programa de Residencia Integrada Multiprofesional en Salud de la Familia. En relación a la metodología se caracteriza por reflexiones acerca de las vivencias, con énfasis en atención individual, a partir de la inmersión en la ESF entre marzo de 2016 a julio de 2017 en algunas Unidades de la Región 04 del municipio de Camaçari - BA, en conjunto con la " equipo del Núcleo de Apoyo a la Salud de la Familia (NASF), (Equipo 2). Se concluye que el programa de Residencia contribuyó de forma significativa a mi formación como Profesora de Educación Física, pues permitió comprender mejor sobre la actuación de la Educación Física en la APS, principalmente en lo que corresponde a la atención individual

Palabras clave: 1. Residencia Multiprofesional 2. Atención Primaria a la Salud 3. Estrategia de Salud de la Familia 4. Educación Física 5. Prácticas Corporales.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	06
2 METODOLOGIA	09
3 PROCESSO DE TRABALHO NA ESF: O TERRITÓRIO E ATUAÇÃO DAS EQSF E DO NASF	10
4 ATUAÇÃO DA PROFESSORA DE EDUCAÇÃO FÍSICA NA APS, ATRAVÉS DA RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA	12
5 CONCLUSÃO	30
6 REFERÊNCIAS	33
APÊNDICE	

1 INTRODUÇÃO

Os Programas de Residência em saúde são novas estratégias de formação, atuando no Sistema Único de Saúde (SUS), tem como intencionalidade a crítica a um modelo biologicista para a reorganização de um modelo que deem conta dos princípios e diretrizes do SUS, objetivando a construção de uma atenção em saúde integral.

Nesse sentido, a formação e conseqüentemente a atuação no SUS, ainda é pautada por meio de um modelo que restringe a interpretação do processo saúde doença a monocausalidade e multicausalidade, que compreendem os seres humanos enquanto “máquinas orgânicas”, se limitando ao funcionamento mecânico dos órgãos. Dessa forma, atuando através de processos biológicos, físicos e químicos que poderá desequilibrar o sistema humano. Fazendo um link com o modo como a sociedade se organiza economicamente, o que tem importância e o bom estado da “máquina humana”, força de trabalho, ou seja, conjunto de força (física e intelectual) para manter a estrutura do sistema capitalista funcionando, produzindo bens materiais em prol das necessidades humanas e gerando outras. (OLIVEIRA, 2016).

A Residência Médica foi instituída pelo Decreto nº 80.281 de 1997, com objetivo de contribuir para a formação de forma especializada dos médicos. Enquanto que as Residências Multiprofissionais foram criadas com a Lei nº 11.129 de 2005, objetivando a abrangência de outras categorias da área da saúde, sendo ambas coordenadas tanto pelo Ministério da Educação quanto pelo Ministério da Saúde.

Assim, em 2009 a Fundação Estatal Saúde da Família (FESF-SUS) criou e implantou os programas de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde da Família e o da Residência em Medicina de Família e Comunidade.

Tendo como cenários de prática os municípios de Camaçari, Lauro de Freitas e Dias D’Ávila, que se situam na região metropolitana de Salvador-BA. A Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) é a instituição formadora associada à FESF-SUS.

A Residência é composta pelas seguintes categorias profissionais: Medicina, Enfermagem, Odontologia, Educação Física, Nutrição, Fisioterapia, Saúde Coletiva (graduado ou pós-graduado). (FESF, 2017).

O desenho da Residência se constitui por um período de atuação na ESF e posteriormente em outros serviços da Rede de Atenção à Saúde (RAS). O processo de formação tem como abordagem pedagógica o construtivismo, baseado na metodologia ativa, com carga horária semanal de 60hs. Os residentes adentram os diversos locais de atuação acompanhados por um preceptor de cada categoria profissional. Entretanto, o NASF, esse apoio pedagógico é feito a partir de um preceptor correspondente às categorias que compõem o próprio núcleo. Outros membros que fazem parte do corpo pedagógico são os tutores de núcleo, bem como de campo.

A estrutura programática é constituída por um seminário pedagógico e um seminário integrado a cada mês, além de um sábado com atividade prática em cada território das USFs. Existe também a parte teórica que é composta por rodas noturnas de estudos de núcleo e de campo, bem como os grupos de diversidades, os quais acontecem em turno administrativo, e são ambientes em que se discutem situações problemas fictícias ou narrativas de casos concretos. Outro ambiente de formação são as assembleias, as quais são construídas pelo conjunto dos residentes.

Entretanto, existe uma diferença entre o primeiro e segundo ano da Residência no que tange ao processo formativo. No caso do primeiro faz se necessário que o residente (R1) participe dos Seminários Integrados (uma vez por mês) além das tutorias quinzenais de campo, de núcleo e das assembleias. Do ponto de vista prático, a atuação se dá na ESF. Enquanto que no segundo o R2 além participar do seminário integrado participa também do pedagógico. Além de tutorias noturnas, referentes à imersão nos respectivos serviços na rede, categorizada como sendo: Articulação de rede, Gestão e Vigilância em saúde.

Os R2 deverão produzir um Trabalho de Conclusão da Residência (TCR), requisito necessário para obtenção do título de Especialista em Saúde

da Família, que poderá ser um Memorial de trajetória do curso, um Relato de experiência ou um Projeto de intervenção.

Existe também a avaliação processual que é realizada pelo preceptor (a) a cada três meses, conforme os critérios do programa, bem como, a produção de portfólios, registrados permanentemente no Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA), de acordo com o processo do residente em campo de atuação.

Para tanto, tal como a história da saúde no Brasil o desenvolvimento histórico, social e cultural da Educação Física é influenciado pelo modo de produção capitalista. No período higienista, marco histórico de retirada dos pobres dos grandes centros urbanos, o que ocasionou um aglomerado nas periferias, com condições desumanas de sobrevivência. A Educação Física ganha destaque, pois contribuiu para maximizar o conceito de saúde pela Organização Mundial de Saúde (OMS), pois no âmbito escolar sua atuação tinha a intencionalidade de aprimoramento da aptidão física, através da ginástica, com o intuito de proporcionar hábitos higiênicos e saudáveis desde a infância, ou seja, sua função social era o aprimoramento do corpo enquanto força de trabalho para a manutenção do sistema capitalista. (OLIVEIRA, 2016).

No decorrer do processo a Educação Física veio adentrando espaços não escolares, e assim com a resolução do Ministério da Saúde (MS) em 1997, que aprimora o conceito do processo saúde doença, proporcionou que a Educação Física compusesse o conjunto de categoriais profissionais.

Entretanto, efetivamente com a portaria GM nº 154/2008, cria-se o NASF, o que oportunizou a inserção do Professor (a) de Educação Física na saúde através da equipe multiprofissional. (BRASIL, 2008).

Portanto, do ponto de vista da atuação na área da saúde existem duas vertentes da Educação Física, uma na perspectiva do desempenho da aptidão física com o desenvolvimento das atividades físicas e\ou exercício físico que tem como lógica o corpo “esculpido” frente a uma necessidade mercadológica consubstanciando o modelo de saúde biomédico, restringindo o processo de trabalho aos aspectos biofisiológicos.

A síntese desta vertente corresponde ao tratamento com os “corpos”

mediante o treinamento desportivo (sentido do esporte), ou o adestramento (sentido da ginástica) como também os habilitados (no caso da escola), todos direcionado para o treinamento das capacidades e habilidades físicas com o foco para o desempenho físico (LUZ, 2007).

A outra vertente tem a ver com atuação referente ao trato com as Práticas Corporais, o que tem possibilitado uma ação pedagógica pautada na abordagem da diversidade das manifestações da cultura corporal contribuindo para construção de novas práticas e saberes coerentes com as necessidades individuais e/ou coletivas dos usuários (as) na perspectiva da abordagem da produção do cuidado para construção de um modelo de atenção integral.

O presente relato se justifica por ampliar as novas possibilidades de produções acadêmicas na área da Educação Física no contexto da saúde coletiva, principalmente no que corresponde a atendimento individual. Em relação à aplicabilidade prática, tem contribuído com certa relevância para a construção do cuidado integral em saúde na APS, através das Práticas Corporais. Além disso, poderá contribuir como instrumento para o processo de formação do Professor (a) de Educação Física para que conseqüentemente ocorra mudança significativa na atuação na realidade do SUS.

Tem como objetivo relatar sobre as vivências das atividades desenvolvidas, com ênfase em atendimento individual de uma Professora de Educação Física que atuou na APS, a partir da ESF, no Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde da Família, no período de março de 2016 a junho de 2017.

2 METODOLOGIA

Este relato de experiência é caracterizado por reflexões particulares da realidade vivida, com ênfase em atendimento individual, a partir das observações cotidianas de uma Professora de Educação Física atuando na APS, através do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde da Família.

O relato abrange o período de um ano e três meses – entre março de 2016 a junho de 2017 – com foco nas atividades desenvolvidas na ESF da região 04 no município de Camaçari-BA, inclusas as ações realizadas junto ao NASF (Equipe 2) nas Unidades de Saúde da Família (USF), Programa Habitacional Organizado de Camaçari - Centro de Atenção Integral à Criança (PHOC CAIC), Programa Habitacional Organizado de Camaçari III (PHOC III), Piaçaveira e Parque das Mangabas. As atividades ocorreram em turno integral de 60 horas semanais, de acordo com o regimento dos Programas de Residências Médicas e Multiprofissionais.

Sendo estruturado em duas partes. A primeira caracteriza o Processo de trabalho na ESF: o território e atuação das equipes de saúde da família (EqSF) e do NASF. A segunda parte caracteriza a atuação da Professora de Educação Física na APS, através da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde da Família, abrangendo uma contextualização de forma resumida das atividades desenvolvidas na residência. No entanto, fazendo uma reflexão maior para atendimento individual.

3 PROCESSO DE TRABALHO NA ESF: O TERRITÓRIO E ATUAÇÃO DAS EQSF E DO NASF

O programa de Residência implantado no município de Camaçari em 2015 expandiu nesse ano de 2017 para os municípios de Lauro de Freitas e Dias D'Ávila, com o intuito de ampliar a Residência contribuindo significativamente para a formação dos profissionais na área da saúde.

No município de Camaçari a Residência é responsável pela região quatro, composta por cinco USF, sendo estas: Nova Aliança, PHOC CAIC, PHOC III, Piaçaveira e Parque das Mangabas. A USF Nova Aliança é uma Unidade bastante antiga que passou por diversas transformações de modelos de atenção à saúde. Enquanto espaço físico tem ligação com uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA). Além de ser vizinha da Base Policial Comunitária.

O PHOC CAIC era uma escola e surgiu da necessidade de diminuir a quantidade de usuários (as) e microáreas que estavam sob a

responsabilização sanitária da USF Nova Aliança. Sendo estas compostas por uma população pobre, conseqüentemente sujeitas a um maior índice de vulnerabilidade social. Seu espaço físico é constituído por um complexo escolar (creche, escola especial e escola regular).

A USF PHOC III é bastante parecida com a do PHOC CAIC em relação ao perfil da população. Tem como parceira uma escola pública e uma igreja católica que são vizinhas a Unidade.

A USF Parque das Mangabas é constituída por em sua maioria de uma população cigana. Sendo também a mais afastada do centro da cidade, portanto considera-se como área rural. Tem parceria com a Associação de Moradores na comunidade.

Muito embora, a USF Piaçaveira, apresenta uma diferença peculiar em relação às demais, sendo caracterizada pela presença, de alguns bares, comércios, restaurante, condomínios fechados, além da proximidade de centros especializados de saúde, como por exemplo, o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPSad), o Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi), a Secretaria do Esporte e Lazer (SEDEL) que possui uma Academia da Saúde, o Centro de Referência da Mulher (CRM) Yolanda Pires e o Centro de Convivência do Idoso (CONVIVER).

As EqSF, são compostas pelos residentes Médico (a), Enfermeira (o), Odontólogo (a). Sendo complementadas com outros profissionais que não são residentes, que são: Técnico (a) de Enfermagem, Auxiliar de Saúde Bucal, Gerente, Auxiliar de Limpeza, Seguranças e os Agentes Comunitários de Saúde. Além disso, existe o apoio institucional, feito pelas Sanitaristas, vínculo entre a USF e a gestão municipal. Além do NASF, apoio matricial, constituído por Professores (as) de Educação Física, Fisioterapeuta e Nutricionista.

Todo esse conjunto de profissionais constrói o processo de trabalho nas Unidades envolvendo atividades tanto de campo quanto de núcleo, as quais podem ser, por exemplo: atendimento individual e compartilhado, atenção domiciliar, atividades coletivas, controle social, reuniões de equipes, de unidade e de comunidade, acolhimento, construção de projeto terapêutico

singular (PTS), programa saúde na escola (PSE), articulação de rede e inúmeras outras atividades.

No decorrer da Residência, com a entrada da terceira turma, ocorreu um novo desenho na sua estrutura relacionado com a distribuição dos profissionais do NASF, conseqüentemente deixou de existir três núcleos, passando a ter só dois para cobrir a região quatro de Camaçari e com um quantitativo bem menor de profissionais.

Esse “desmonte” do NASF teve uma intencionalidade, a qual tem relação direta com os cortes das bolsas destinadas para essas categorias, pois é fruto desse modo de produção capitalista que tem expropriado do conjunto dos trabalhadores da saúde sua mais valia e não por satisfeito arrocha ainda mais o orçamento da saúde o que conseqüentemente vem existir o corte de bolsas para qualificação dos profissionais.

Outra grande dificuldade do NASF, refere-se à compreensão da EqSF em relação a sua atuação, pois entender e aceitar que o NASF, não deve ser interpretado como somente uma retaguarda especializada, mais sim enquanto uma equipe que presta apoio técnico-pedagógico e clínico-assistencial na lógica da clínica ampliada através do matriciamento, contribuindo dessa forma para a ampliação de ofertas do cuidado aos usuários (as).(BRASIL, 2014).

4 ATUAÇÃO DA PROFESSORA DE EDUCAÇÃO FÍSICA NA APS, ATRAVÉS DA RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Antes de adentrarmos na atuação de fato da Educação Física na APS faz-se importante explicar o porquê da defesa de sermos chamados enquanto professores de Educação Física e não Educadores Físicos, o fato se constitui enquanto uma luta histórica do curso em relação ao nosso Conselho Regional de Educação Física (CREF) e o Conselho Federal de Educação Física (CONFEF), pois os mesmos defendem que a formação deva ser dividida entre licenciatura (Professores) e bacharel (Educadores), o que vem dividir a categoria profissional e colocar os trabalhadores (as) uns contra os outros.

Compreendemos e defendemos que o nosso currículo de licenciatura em Educação Física da conta da nossa formação para atuarmos nas duas áreas (Saúde e Educação), pois existe uma diferença ínfima em relação aos dois currículos.

Assim, além de tudo isso referido acima, defendemos que em quaisquer espaços de atuação, seja escolar ou não escolar, somos professores de Educação Física, pois a nossa atuação se materializa com base no trato didático-pedagógico de ensino. Se tratando especificamente da saúde coletiva, trabalhamos com as práticas corporais com o intuito de que os usuários (as) desenvolvam sua autonomia com relação ao auto- cuidado.

Portanto, antes de mergulharmos na compreensão sobre a atuação da Educação Física na APS, consiste em *a priori* compreender o conceito do processo saúde-doença. Este processo se articula com o processo social, o qual é determinado pelo modo como o ser humano se apropria da natureza em cada momento histórico, apropriação que se realiza por meio do trabalho baseado em determinado desenvolvimento das forças produtivas e relações sociais de produção. (LAURELL, 1982).

Nessa perspectiva o processo saúde-doença é explicado pela ótica de algumas teorias interpretativas, sendo estas: a unicausalidade, que reconhece como causas fundamentais das doenças os aspectos naturais, que extrapola o controle humano sobre estas. Assim, com o aprimoramento e incremento tecnológico, decorrente do desenvolvimento das forças produtivas, atribui à causalidade das doenças aos microrganismos (bactérias). Igualmente, limita-se o entendimento do ser humano ao conjunto de órgãos (biológico e fisiológico); a multicausalidade, a qual os fatores se somam as várias causas, formando uma tríade ordenada a partir das categorias agente, hospede e o meio, em que o desequilíbrio de um desses gera a doença. (OLIVEIRA, 2016).

E por fim, a teoria da determinação social que faz referência à historicidade e à totalidade do ser humano que se caracteriza como sendo a totalidade das determinações como reflexo de uma particularidade individual das expressões coletivas de vida que resulta das características do processo de trabalho e dos perfis de consumo. (EGRY, 1996).

Portanto, uma vez compreendido o processo saúde-doença, destrinchado a partir das teorias interpretativas. Adentraremos o campo da epidemiologia, a qual envolve as características teóricas descritas acima.

Assim, a atuação da Educação Física na APS, passeia por dois campos divergentes da epidemiologia, a tradicional e a crítica.

No caso da primeira, se volta para uma análise meramente relacionada com causa-efeito do processo saúde doença. Contudo, sua relação com a Educação Física diz respeito ao aprimoramento da aptidão física, reduzido a análise aos elementos biológicos e fisiológicos. Sua intervenção é direcionada para o caminho de priorizar as doenças crônicas degenerativas levando em consideração fatores de risco estritamente biológico sem se debruçar sobre o campo amplo de condicionantes e determinantes que envolvem o usuário (a). Essa perspectiva faz alusão a um modelo de saúde biologicista.

Enquanto que no caso da segunda, o processo saúde doença depende diretamente das condições objetivas de vida e a relação social dos usuários, compreendida a partir de polos distintos, um protetivo e um destrutivo, o primeiro referente a fatores de proteção, o segundo aos fatores de riscos.

Na epidemiologia crítica a Educação Física prioriza alguns elementos como adoção do pensamento dialético no âmbito da saúde, entendendo que os aspectos biológicos e das condições da vida social se complementam, por isso não pode ser priorizado um em detrimento do outro. Busca-se superar o modelo biologicista com foco na atividade física para adotar um modelo integral que trabalhe com as práticas corporais, mediante os conteúdos da cultura corporal com ênfase no desenvolvimento da consciência dos indivíduos para que se entendam enquanto sujeitos históricos, políticos e sociais que tenha a capacidade de intervir na realidade. E por fim construir instrumentos de avaliação que tenha como base os objetivos traçados, desde aspectos biológicos e fisiológicos, bem como a análise das condições sociais e econômica dos indivíduos, buscando entendê-lo em uma integralidade. (COSTA, 2009).

Logo, com a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), a Educação Física vem conquistando e definindo melhor sua atuação na APS, através das Práticas Corporais\Atividade Física (PC\AF).

Não obstante do ponto de vista de atuação da Educação Física na Residência, tem se tentando desenvolver o trabalho na perspectiva do modelo de atenção integral, através das Práticas Corporais, sem desconsiderar os aspectos biológicos e fisiológicos.

Em síntese, a aplicabilidade prática da Educação Física no contexto da Residência, tem se desenvolvido a partir da utilização das tecnologias, que são: As duras, a utilização de alguns materiais em cada USF e também nos outros serviços que fazem parte da linha de produção de cuidado dos usuários (as). Exemplo desses materiais: aparelhos de musculação, cronômetro, balança, fita métrica dentre muitos outros. A leve-dura, correspondente à clínica da Educação Física, debruçada sobre aspectos fisiológicos, bem como a historicidade, condições objetivas, e a própria individualidade biológica dos usuários (as). E por fim, a leve, constituída pelo encontro dos profissionais com os usuários (as) que corresponde ao trabalho vivo em ato, ou seja, a escuta e os encaminhamentos de forma qualificada (GONZÁLEZ, 2015).

Contextualização das atividades desenvolvidas na residência

Atividades coletivas são instrumentos que fazem parte da produção do cuidado na APS, portanto constitui parte da agenda padrão dos profissionais de saúde. Podendo ser desenvolvida de várias maneiras. Assim, o trabalho em grupo, deve abarcar características que propiciam socialização, integração, apoio psíquico, trocas de experiências e de saberes e construção de projetos coletivos, ou seja, muito além de se enquadrar somente como uma forma de conter a demanda nos serviços de saúde. (BRASIL, 2014).

Muito embora, ainda é um elemento que compõe a agenda, que por vezes é deixada de lado por boa parte dos profissionais, em sua maioria da EqSF, reflexo de uma formação biologicista, com foco na assistência. Outra questão referente a isso é a formação cultural dos usuários de compreender

que a sua conquista de saúde tem relação direta com o procedimento medicamentoso.

Assim na USF PHOC III desenvolvíamos algumas atividades coletivas, como por exemplo, os atendimentos coletivos do Hiperdia. O núcleo de Educação Física estava envolvido tanto na parte de planejamento quanto na parte de execução. O processo era dividido em: rodas de conversas, que tratava sobre diversos temas relacionados com o cuidado em saúde; triagem: aferição de pressão arterial, medição da glicemia, coleta das medidas antropométricas. Por fim, renovávamos as receitas e tentávamos construir uma linha de cuidado longitudinal para os usuários, de forma interna, através da inserção nos grupos da USF e externa, encaminhando para outros serviços de saúde no município.

Outras atividades coletivas que aconteciam nessa USF eram os grupos: “Mais Saúde”, o “*Lian Gong*”, o “meditação/relaxamento” o “grupo de mulheres”, o “tabagismo”. O primeiro tinha o formato de um grupo de convivência, sendo um importante aliado na construção de vínculos entre profissionais e usuários. O segundo e o terceiro trabalhavam com exercícios e meditação. Esses dois grupos, segundo relato dos próprios usuários, possibilitavam diminuir o sofrimento mental, o isolamento social, e até para amenizar dores crônicas. O quarto abordava temas sobre a violência contra mulher, o empoderamento feminino, a relação com os contraceptivos, saúde mental entre outros temas. E por fim, o último grupo tinha como objetivo reduzir os danos referentes à saúde entre os fumantes e, até mesmo, influenciar na parada definitiva do vício.

Na USF Piaçaveira, os professores (as) de Educação Física, em conjunto com os fisioterapeutas, criaram o “Grupo de Coluna”, com o objetivo de ofertar tratamento para dores nessa região. Contudo, no momento da avaliação, os usuários (as) relatavam dores em quase todo o corpo, exigindo uma reformulação do escopo das atividades. Assim, o grupo ganhou um novo formato, passando a desenvolver atividades relacionadas com a reabilitação, promoção e prevenção. Em alguns casos encaminhávamos para o Centro Especializado em Saúde do Trabalhador (CEREST), por conta das dores ter

relação direta com o trabalho. Contudo, nessa mesma USF éramos responsáveis também pelo grupo de “convivência”, que tinha como objetivo, ofertar para os usuários (as) a vivência de algumas práticas corporais com o intuito de contribuir significativamente para a oferta da produção do cuidado em saúde.

Enquanto que na USF de Mangabas, desenvolvíamos um grupo “Arte de Viver”, que tinha como objetivo, construir com os usuários a produção do cuidado, a partir das práticas corporais e da educação e saúde. No decorrer do processo fomos constatando o quanto esse grupo era importante para o território de Mangabas, pois por ser uma área mais distante, com característica rural, as ofertas de cuidado eram limitadas a USF e a uma associação no Bairro. Dessa forma, o grupo era uma das possibilidades de construção e do fortalecimento do vínculo com os usuários (as), o que contribuía para um apoio mútuo e estímulo a uma vida comunitária.

Na USF PHOC CAIC, conseguimos implantar por meio de uma equipe o grupo de gestante, objetivando construir de forma multi e interdisciplinar o processo de cuidado desse público. Além disso, desenvolvemos também o grupo “Enfrentamento da dor”, que nasceu como um projeto piloto. Tendo como objetivo trabalhar estratégias para que os usuários (as) enfrentassem as dores crônicas. Por fim, fizemos parte da construção do atendimento coletivo do Hipertensão, que objetivava criar uma linha de cuidado longitudinal dos usuários (as). Esse atendimento se constituía através de: rodas de conversas; triagem (aferição de pressão arterial, medição da glicemia, coleta das medidas antropométricas); renovação de receitas.

Todos esses grupos descritos acima se constituíam enquanto espaços riquíssimos para a construção do cuidado. Além de promover uma valiosa troca de experiências entre os profissionais, constituindo-se como um “matriciamento em ato”, podendo contribuir significativamente para a construção e o desenvolvimento da clínica ampliada.

Outra atividade que perpassou por todas as Unidades foi o acolhimento, a qual fazia parte da nossa agenda semanal. Constituía-se em acolher os usuários (as), com uma escuta qualificada objetivando a resolução das suas

demandas. Pode-se perceber ao longo do processo o quão significativo para a formação do núcleo de Educação Física foi o desenvolvimento dessa atividade, pois por ser uma atividade de campo e ao mesmo tempo nuclear requeria um deslocamento, o que gerava uma discussão de casos em ato, proporcionando a ampliação da clínica de todos os profissionais.

Além disso, o núcleo de Educação Física, desenvolveu no município de Camaçari-Ba, o projeto Camaçari em Movimento: Encontro com as Práticas Corporais na Atenção Básica. Sendo pensado e construído nos turnos pedagógicos, no qual todo o núcleo se encontrava quinzenalmente para discutir as pautas referentes ao assunto, tirar os encaminhamentos e dividir as tarefas. Ocorreram também reuniões online do núcleo para que pudessemos concluir as demandas. Todos esses encontros foram devidamente registrados com relatoria e fotos. O objetivo do projeto foi possibilitar espaços e momentos de cuidado, além de oportunizar o acesso a diversas práticas corporais para os usuários. Como metodologia, desenvolvemos o projeto, em um sábado, com as seguintes atividades: acolhimento, café da manhã, aula de abertura de Ginástica, e oficinas de Jogos e brincadeiras, Dança Afro-brasileira, Artes Circenses, Boxe e Capoeira. Avaliamos e concluímos enquanto núcleo que as práticas corporais têm cada vez mais contribuído para a produção do cuidado como alternativas terapêuticas na APS.

Em síntese, a participação do planejamento e execução dessas atividades coletivas descritas acima foi de suma importância para minha formação enquanto professora de Educação Física, pois me proporcionou apreender planejar e executar as atividades em equipe; o quanto que é fundamental construir uma rede em saúde forte para proporcionar o cuidado ao usuário (a); a importância do cuidado longitudinal com ofertas de atividades coletiva interna e externa para aos usuários (as); o quanto que as atividades coletivas são importantes ferramentas na construção de vínculos com os usuários (as); Além disso, a materialização das práticas corporais através das atividades coletivas o quanto que significativamente contribui para a produção do cuidado dos usuários (as); Por fim, a ampliação da clínica proporcionada pela discussão dos casos e do matriciamento.

Nessa perspectiva, outra atividade importante das quais participei foram as reuniões. As quais se constituem enquanto espaços de ocorrência que devam ter certa periodicidade, objetivando uma articulação e planejamento do processo de trabalho. Envolvendo as discussões e encaminhamentos pertinentes ao contexto do território, usuários (as), e aos profissionais de saúde. (BRASIL, 2014).

Assim, a agenda do NASF, além de tantas outras atividades, também precisava encontrar espaço para as reuniões, as quais eram constituídas por: reuniões com as EqSF, de matriciamento, de comunidade, colegiado gestor, de Unidade, dentre muitas outras.

Essas reuniões, cada uma com uma intenção, se constituía enquanto espaços de disputa de consciência dos atores envolvidos no processo de trabalho, exemplo disso eram as reuniões de equipe e de Unidade. Já as reuniões de matriciamento, envolviam a troca de saberes entre os profissionais, seja a partir de uma discussão de caso, podendo gerar um Projeto Terapêutico Singular (PTS), bem como outras discussões.

Existiam também as reuniões do colegiado gestor, composta por representantes de cada categoria profissional, com o intuito de pensar estratégias de resoluções de problemas do cotidiano do trabalho nas USF. Por fim, as reuniões de comunidade, espaço muito significativo em relação à avaliação do processo de trabalho da EqSF, podendo contribuir para o planejamento/direcionamento da construção do projeto ESF.

Nesse sentido, esse processo contribuiu para a minha formação como professora de Educação Física e especialista em saúde da família, por entender que para construção de um modelo de saúde integral é preciso disputar e defender esse projeto frente aos usuários (as) e até mesmos com os colegas profissionais, por entender que produzir cuidado no SUS é feito por diversos atores. Assim, as reuniões foram sem dúvida, locais em que discutíamos, planejávamos e avaliávamos as ações a serem desenvolvidas buscando uma síntese mais qualificada do processo de trabalho.

Entretanto, uma importante ferramenta que perpassa por todo processo de trabalho é o controle social. A participação social na área da saúde foi

institucionalizada através da Lei 8.142/90, através das Conferências que têm como objetivo avaliar e propor diretrizes para a política de saúde nas três esferas de governo, bem como também através dos Conselhos, que são instâncias colegiadas de caráter permanente e deliberativo, com participação dos usuários, assim como outros segmentos (gestores públicos e trabalhadores da saúde). (CORREA, 2006).

Contudo, nesse processo da minha formação, ocorreram diversas circunstâncias no cenário de prática, pois o município passou por um período com condições péssimas de trabalho, em que faltavam materiais básicos. Além disso, o corpo pedagógico da residência sofria com a falta de pagamentos, o que implicava diretamente na formação dos residentes. Como consequência, ocorreu à paralisação dos residentes, a qual teve como objetivo pressionar a gestão municipal e a coordenação da residência, com os seguintes pontos a ser conquistados: regularização do complemento dos médicos repassado pelo município e a regularização do corpo pedagógico. Concluímos o quão é importante à luta da classe trabalhadora, dos movimentos sociais e da participação popular para a construção de um SUS com o povo e para o povo.

Portanto, o sentido disso tudo para a Educação Física, bem como as demais categorias, é que o controle social perpassa por todo o processo de trabalho no SUS, ou seja, é preciso fazer com que os usuários (as), bem como os profissionais compreendam que só de forma organizada e coletiva poderemos modificar o cenário que está posto de desmonte do SUS.

Para tanto, compreende-se que nos serviços de saúde há uma multiplicidade de redes operando em conexões entre si, em diversas direções e sentidos, construindo linhas de produção do cuidado. Desenhando uma cartografia do trabalho vivo, a qual é constituída por meio de muitas linhas em conexão, que se abrem em múltiplas direções. Consolidando uma extraordinária característica, caótica, revolucionária, potencialmente instituinte. (FRANCO, 2003a).

Para fins didáticos, divide-se sistematicamente a rede em três níveis de organização. Primeiro sobre a imanência das redes no processo de trabalho em saúde, ou seja, as redes são constitutivas dos sistemas produtivos, nesse

sentido, permeiam quaisquer tipos de trabalho em saúde. Enquanto que a segunda questão refere-se ao caráter rizomático das redes que se constituem no interior dos serviços de saúde, em especial na micropolítica dos processos de trabalho. Nessa perspectiva, são as múltiplas conexões feitas no trabalho vivo em ato. Por fim, a terceira e última questão diz respeito ao caráter auto-analítico e autogestionário presente na rede que opera na micropolítica dos processos de trabalho, ou seja, corresponde ao modo como o profissional vai gerir a gestão do cuidado. Leva-se em consideração a sua implicação com o processo de trabalho, bem como sua avaliação quanto às questões sócio-históricas do mundo. (FRANCO, 2006).

Entretanto, com base na discussão acima, os NASF 1 e 2, se articularam, mediante reuniões periódicas, tendo como encaminhamento as visitas e preenchimento de uma ficha, que continha alguns dados a ser coletados de cada serviço da rede. Logo depois foi feito o copilado do material e distribuído entre as equipes das USF da residência. Com o objetivo de estreitar o vínculo e a comunicação entre os diversos serviços da rede com as USF para qualificar o encaminhamento e monitoramento do usuário (a) na rede de oferta de serviços no município.

Portanto, com esse trabalho dos NASF's, os profissionais de saúde da residência passaram a conhecer os diversos pontos na rede do município, contribuindo diretamente para construção da linha de cuidado dos usuários (as) dentro do sistema de saúde.

Enquanto professora de Educação Física, esse processo contribuiu muito para a minha formação, pois pude perceber o quanto que a rede de saúde do município de Camaçari- BA é desarticulada e o quanto que essa questão tem uma implicação forte na produção do cuidado dos usuários (as). Essa fragilidade na rede dificultava o processo de trabalho nas USF o que por vezes ficava em uma situação que não tem mais nada da sua governabilidade para ser feito com relação ao cuidado do usuário (a), pelo fato de que existe um momento que a responsabilidade referente ao cuidado precisa ser partilhada, contudo não existe esse compartilhamento.

Em contrapartida, me fez perceber o quanto que produzir cuidado de forma qualificada depende de outros atores envolvidos no processo, desde o próprio usuário (a) como corresponsável pelo seu cuidado, assim como o núcleo familiar estar implicado também, bem como os outros serviços na rede estar aberto para compartilhar e dividir a responsabilidade com a equipe da USF o cuidado do usuário (a).

Reflexões sobre atividades de atendimento individual

As atividades de atendimento são importantes ferramentas do processo de trabalho na saúde com tamanha complexidade, pelo fato de estabelecer um relacionamento e comunicação entre duas pessoas diferentes (profissional-usuário), que pode vir apresentar necessidades, motivações, expectativas diferentes em relação a esse encontro. (OLIVEIRA, FRANCISCO, ET AL, 2013).

Assim, a partir de pesquisas feitas na internet, constatamos que existem poucas discussões sobre o atendimento individual da Educação Física na saúde coletiva. Entretanto, alguns estudos apontam para um atendimento voltado prioritariamente para a prescrição de exercício físico que envolve o desempenho da aptidão física, ou seja, com base na epidemiologia tradicional (causa-efeito).

Contudo, faz-se imprescindível diferenciar o conceito de PC e AF, pois existe uma intencionalidade política a partir da sua aplicabilidade prática. Assim, a primeira refere-se aos elementos da cultura corporal, jogos, lutas, dança, esporte e ginástica. Cada conteúdo desses abre um leque de possibilidades para que se produza com o usuário (a) o cuidado integral em saúde. Enquanto que a segunda é compreendida como quaisquer atividades desenvolvidas pela musculatura esquelética que tenha um gasto energético além do metabolismo basal. Faz-se importante compreender também o sentido\significado de exercício físico que é um conjunto de elementos sistematizado de forma técnica, periodizado e com objetivos específicos com base na individualidade biológica dos usuários (as).

Uma vez esclarecido sobre os conceitos acima, o exercício físico, pode ser compreendido a partir de alguns tipos, que são: aeróbico, refere-se aos exercícios em que os grandes músculos do corpo se movem de forma rítmica e durante períodos prolongados, como por exemplo, uma caminhada, corrida, natação, remo, ciclismo e inúmeros outros. Já o resistido, entende-se como movimentos dos músculos contra uma força aplicada ou carga externa, que resulta no fortalecimento do músculo-esquelético, através do aumento da força e resistência muscular. Sendo realizado por máquinas de musculação, com pesos livres, peso do próprio corpo, dentre outras coisas. Esses tipos de exercícios trabalham com as valências físicas: força e fortalecimento muscular, flexibilidade e flexionamento, resistência aeróbica e anaeróbica e etc. (ROMEU MENDES ET AL, 2011).

Portanto, com base na fisiologia do exercício, a prescrição do exercício físico leva em consideração algumas variáveis, que são: tipo do exercício, a frequência, a duração e a intensidade. Recomenda-se com relação a primeira variável, que seja aeróbico e/ou anaeróbico. Já a segunda para que se obtenha um benefício fisiológico, deva ser feito de três a quatro dias. Enquanto, que a terceira, tenha um tempo de vinte a trinta minutos. Por fim a quarta, que seja 60% do vo^2 máximo. (WILMORE JACK ET AL, 2001).

Entretanto, se a prática clínica da Educação Física na saúde coletiva se pautasse somente nesse protocolo descrito acima, estaria fadada a cometer incoerências, pois na sociedade capitalista na qual se vive, são as condições objetivas de vida que determina os seres humanos nos quais nos tornamos. Por isso, esse protocolo não cabe caso não se leve em consideração o contexto social, histórico, econômico dos usuários (as). Para dialogar, apresento um exemplo concreto, se por um acaso atendêssemos na USF um usuário (a), que sua atribuição profissional fosse gari e o mesmo relatasse de recorrentes crises de ansiedade. Atenderíamos somente com base no protocolo da prescrição do exercício físico? Como poderíamos prescrever de forma fechada como é orientado no protocolo? Por não ter esse viés tão objetivo do ponto de vista da fisiologia do exercício, extrapolaríamos a tecnologia dura e leve-dura da Educação Física, para adentramos na

tecnologia leve, levando em consideração os aspectos sociais, históricos e econômicos? Será que enxergaríamos o usuário (gari), para além de um conjunto de músculos? Para tanto, respondendo as questões levantadas. Parto do princípio de que olharíamos para o usuário (a), levando em consideração sua historicidade, suas condições sociais, econômicas, fisiológica, seu desejo frente ao tipo de prática que desejaria realizar. Além dos aspectos protetores e destrutivos do processo saúde doença, por entender que do ponto de vista da fisiologia do exercício, uma boa parte já estaria sendo cumprido, se pensarmos na questão estritamente no gasto energético, pela sua atividade laboral.

Contudo a Educação Física com objeto de intervenção as práticas corporais na saúde coletiva, tende a dialogar um pouco com o formato da clínica na medicina no que corresponde às sete tarefas que devem fazer parte em uma consulta, as quais são: entender o motivo da consulta, que corresponde em compreender as preocupações e expectativas frente a um problema; considerar outros problemas, podendo ser queixas crônicas, bem como fatores de riscos associados; alcançar um entendimento compartilhado dos problemas entre médico e usuário (a), momento de troca de informações entre profissional e usuário (a); negociar junto ao usuário (a) as condutas mais adequadas frente aos problemas identificados, importante para delinear os objetivos em comum para o cuidado em saúde; envolver o usuário (a) no manejo de seus problemas, fomentar a corresponsabilidade do mesmo sobre o desenvolvimento do seu cuidado; usar o tempo e recursos adicionais de forma adequada, por entender que nem tudo poderá ser resolvido na primeira consulta; estabelecer ou manter uma boa relação médico-usuário (a), com o intuito de desempenhar os encaminhamentos da consulta com êxito. (OLIVEIRA, FRANCISCO, ET AL, 2013).

Nessa perspectiva, os atendimentos individuais de Educação Física na residência aconteciam mediante acionamento da EqSF, que poderia ser via registro no livro do NASF, bem como a passagem do caso no corredor, dentre outras formas. Uma vez feito o atendimento de Educação Física, o repasse acontecia prioritariamente nas reuniões de matriciamento nas Unidades.

Para tanto, utilizávamos uma ficha de atendimento (segue em apêndice), criada pelo núcleo de Educação Física da Residência, a qual foi pensada na perspectiva de fazer uma investigação que fosse desde o campo social, até o campo fisiológico. Portanto, a mesma está dividida em: caracterização social, avaliação clínica, hábitos de vida, avaliação clínica antropométrica, contextualização das práticas corporais e por fim a parte de evolução dos usuários no momento do retorno.

O momento do atendimento correspondia ao encontro com o usuário (a) o qual se desenvolvia com base nas sete etapas da consulta de medicina descrita acima, que se complementava com a conversa mediante o preenchimento da ficha, que perpassava pela escuta dos usuários (as), dos aspectos mais peculiares das suas condições sócio histórica, bem como avaliação fisiológica, por fim o seu desejo frente as possibilidades das práticas corporais. Assim, era feito com o usuário (a) a análise técnica científica da escolha da prática corporal e quais eram suas implicações positivas na sua vida.

No final dos atendimentos, pactuávamos algumas ações com o usuário (a) frente ao seu cuidado, e a depender do caso encaminhávamos para a Academia da Cidade que tem no seu corpo profissional, professores (as) de Educação Física e fisioterapeutas da SEDEL, tendo como oferta algumas práticas corporais. O encaminhamento precisaria ser desenvolvido via relatório de Educação Física e de medicina. Outro parceiro do cuidado era a Cidade do Saber, local com inúmeras práticas corporais para a comunidade de Camaçari. Além disso, existiam as ofertas de cuidado nas Unidades (grupos, atividades coletivas, dentre outras).

Entretanto, nessas USF's fazíamos também em conjunto com as EqSF a parte da atenção domiciliar, que correspondia a um atendimento ou uma visita, no caso da primeira situação diz respeito às orientações/intervenções clínicas em domicílio, em relação a segunda questão corresponde a acompanhamento/monitoramento das equipes aos usuários (as) em domicílio.

Por fim, outro ganho significativo para a minha formação de forma nuclear, foram os atendimentos compartilhados com a nutrição, pois partíamos

da compreensão de entender o usuário (a) a partir de uma visão integral, por isso partilhávamos do cuidado em conjunto. O que sem dúvida pode proporcionar a ampliação da clínica de ambas as categorias, por entender que o atendimento clínico também implicava em matriciamento em ato.

Algumas ferramentas auxiliavam os profissionais, nas atividades de atendimento, as quais eram: o Genograma e o Ecomapa, contribuindo para a ampliação da clínica. O primeiro ajudava a identificar o histórico familiar e suas relações possibilitando enxergar o funcionamento, a estrutura e os conflitos entre os membros da família de forma gráfica. Enquanto o segundo identificava as relações fora do núcleo familiar, ou seja, com outros grupos, instituições e outras pessoas.

Para dialogar com o que foi discutido acima, apresentado dois casos concretos dos atendimentos individuais de Educação Física.

Assim, seguem de forma estruturada os casos:

1º CASO

1) Caracterização social:

XL, 24 anos, solteira, desempregada, ensino médio completo, mora com os pais no território de Piaçaveira.

2) Avaliação Clínica:

O motivo da consulta, foi encaminhada pelo médico, relata antecedentes familiares, diabetes e câncer. O tipo de dor que sente com frequência, cólicas muito fortes na região do abdome e lombar. Relata que às vezes faz uso de antialérgicos.

3) Situação de Saúde:

Renite Alérgica, Gastrite, Encurtamento do tendão de aquiles direito, Artrose antero lateral tibia fassica, muito baixa autoestima, pequena diferença dos membros inferiores, sendo o membro inferior direito menor, Deltoide e músculos da região do abdome enfraquecidos, leve rotação interna do joelho direito, refere dor no calcâneo plantar direito.

4) Hábitos de Vida:

Sono irregular, não faz uso de cigarro e nem bebidas alcoólicas. Com relação ao ritmo intestinal, relata prisão de ventre e diarreia às vezes. Em média, faz quatro refeições e consome menos de um litro de água por dia. Tempo de tela de quatro horas por dia. Gosta de ler, dormir e sair para comer.

5) Avaliação Clínica Antropométrica:

Peso-58 kg, Altura- 1m e 57 cm, IMC-23, PA-110x70 mmHg, CBD-26,5 cm, CBE-27 cm, CTrx-77 cm, CC-77 cm, CQ-99 cm, CAbm-84 cm, CcoxaD-53 cm, CcoxaE-51,5 cm, CPanturrilhaD-32 cm, CPanturrilhaE-35 cm.

6) Contextualização das Práticas Corporais:

A usuária relata já ter feito as seguintes práticas corporais: caminhada, steps, ginástica postural e musculação. Atualmente só faz as duas últimas.

7) Orientações:

As orientações ocorreram mediante pactuação entre a professora de Educação Física com a usuária, frente a sua condição de saúde. Assim, a usuária foi encaminhada para a academia da cidade na SEDEL, e orientada via relatório de Educação Física a realizar o alongamento da cadeia posterior e global, fortalecimento muscular com ênfase em deltoide, músculos abdominais e adutores. Realizar exercícios que promovam a propriocepção, fortalecimento do core, trabalho unilateral dos membros inferiores. Foi encaminhada para atendimento com a nutricionista com a finalidade de mudança em hábitos alimentares, devido à prática corporal e a gastrite. E por fim, tendo em vista o início de uma depressão por conta da sua relação com a estrutura física do seu corpo, foi orientada a reconstruir e fortalecer sua rede de apoio, os amigos, familiares, participar de grupos que ocorram no território. Orientada a retornar com três meses para fazer avaliação o professor (a) de Educação Física na USF Piaçaveira.

2º CASO

1) Caracterização social:

XV, 41 anos, casada, tem dois filhos, desempregada, renda familiar de um a dois salários mínimos, ensino médio completo, reside na região do PHOC CAIC.

2) Avaliação Clínica:

Motivo da consulta, em busca de qualidade de vida. Relata antecedentes familiares, hipertensão e câncer. O tipo de dor que sente é no joelho e na coluna (região lombar). Relata fazer uso de clonazepam e paracetamol.

3) Situação de Saúde:

Relata dor no joelho e na coluna (região lombar), às vezes senti dor no peito. Relata ser muito estressada.

4) Hábitos de Vida:

Sono regular, não fuma, no entanto faz uso de bebida alcoólica. Com relação ao ritmo intestinal, relata não ter problema. Em media faz quatro refeições por dia e consome dois litros e meio de água. Tempo de tela de quatro horas por dia. Gosta de festas e praia.

5) Avaliação Clínica Antropométrica:

Peso-73 kg, Altura- 1m e 62 cm, IMC-27, PA-120x70 mmHg, CBD-26,5 cm, CBE-27 cm, CTrx-103,5 cm, CC-86 cm, CQ-99 cm, CAbm-94 cm, CcoxaD-53 cm, CcoxaE-51,5 cm, CPanturrilhaD-32 cm, CPanturrilhaE-35 cm.

6) Contextualização das Práticas Corporais:

A usuária relata já ter feito as seguintes práticas corporais: caminhada, musculação, jogos populares, dança e ciclismo. Atualmente faz zumba, ciclismo, caminhada.

7) Orientações:

As orientações ocorreram mediante pactuação entre a professora de Educação Física com a usuária, frente a sua condição de saúde. Assim, a usuária foi encaminhada para a academia da cidade na SEDEL, e orientada via relatório de Educação Física a realizar o alongamento global, fortalecimento muscular com ênfase em músculos abdominais, adutores, sartório, quadríceps e bíceps femoral e paravertebrais. Foi orientada também a fazer no cotidiano um momento de auto-cuidado com automassagem e um “escalda pé” (água quente e gudes). Inserir também no cotidiano chá de camomila e erva-cidreira, dentre outros tipos de chás. Com o objetivo de proporcionar o encontro e relaxamento consigo mesmo. Além disso, foi orientada a participar dos grupos da igreja da qual faz parte, bem como colocar em prática algumas posturas referentes ao corpo (ensinada no momento da consulta) de como desenvolver os trabalhos domésticos, além disso, sempre que possível diminuir o ritmo dessas tarefas, pois poderá intensificar as dores que sente no joelho e na lombar. Por fim, retornar com três meses para fazer avaliação com o professor (a) de Educação Física na USF PHOC CAIC.

Portanto, constatamos que através das atividades de atendimentos na residência conseguimos começar a desenvolver a clínica ampliada da Educação Física na saúde coletiva, que muito se limita ainda a prescrição do exercício físico, para o desenvolvimento da aptidão física. Assim, ampliamos nosso olhar quanto à visão do corpo, entendendo que os aspectos biológicos e fisiológicos são importantes, no entanto, é preciso investigar também as questões referentes às condições sócio históricas dos usuários (as). Nessa perspectiva defendemos que os atendimentos de Educação Física devem se debruçar na investigação, avaliação e compreensão das questões biopsicossociais dos usuários (as), levando em consideração, sobretudo a realidade concreta dos mesmos. Dessa forma, intervimos enquanto núcleo por meio das práticas corporais, elementos da cultura corporal humana, com o

intuito de proporcionar uma integralidade do cuidado em saúde para os usuários (as).

5 CONCLUSÃO

Nesse período enquanto residente foi possível compreender e viver de perto o que é trabalhar e estudar por dentro do SUS, um sistema de saúde que vem sofrendo com o sucateamento de investimentos públicos.

Com esse cenário, para a EqSF desenvolver o processo de trabalho requeria geralmente um “malabarismo” para gerir o pouco que se tinha, pois faltava materiais básicos de condições de trabalho, desde higiene pessoal até outros materiais da logística do trabalho, o resultado dessa situação era uma equipe desmotivada e frustrada, pois não entendia que alguns processos fugia da sua governabilidade.

Corriqueiramente, em meio às essas circunstâncias convocávamos os usuários (as) para juntos pensarmos em algumas soluções a curto, a médio e a longo prazo, isso quando não usávamos o “extremismo” de fazer greve. A luta era por condições mínimas de trabalho. Parafraseando Bertolt Brecht, que tempos são estes, em que temos que defender o óbvio? Muitos e muitos momentos me sentir lutando pelo óbvio, com o intuito de ofertar ao usuário (a) o cuidado digno que ele tem direito.

Entretanto, a equipe, com todo o seu esforço e por estar em um espaço protegido de formação, conseguiu desenvolver o processo de trabalho, desde os atendimentos clínicos e domiciliares, como também a construção de alguns grupos para ampliar o cuidado aos usuários (as). Além das inúmeras reuniões, que possibilitava a construção do processo de trabalho a partir do olhar dos diversos profissionais e em alguns momentos dos usuários (as). E também o compartilhamento do cuidado ofertado aos usuários (as) dividido com a educação, através do PSE e com outros serviços na rede de cuidado a saúde.

Logo, em meio a esse processo todo também tinha a equipe de NASF, que sofria com a sobrecarga de trabalho. Muito embora, estivéssemos dentro dos parâmetros preconizados nos cadernos do ministério da saúde, com

relação à quantidade de equipes que tínhamos que cobrir. Entretanto, o processo de trabalho de cada equipe era diferente, pois estava de acordo com cada território com suas peculiaridades que a mesma abarcava.

Nessa perspectiva o NASF buscou desenvolver seu trabalho com o apoio pedagógico nas atividades desenvolvidas pelas equipes, assim como as intervenções clínicas. Além disso, desenvolvia cotidianamente com a equipe o apoio matricial, através do compartilhamento de problemas, da troca de saberes e práticas e da articulação pactuada das intervenções, bem como da divisão das responsabilidades entre os profissionais.

Nesse sentido no que se refere a minha formação nuclear enquanto especialista em saúde da família compreendi que produzir saúde com qualidade nesse país, que constrói um projeto de lei para o congelamento do investimento na saúde e educação por vinte anos, tem que ter clareza e muita força do qual modelo de atenção à saúde que se defende, para assim, disputar cotidianamente a consciência dos usuários (as) e dos colegas profissionais na perspectiva desse modelo.

Em meio a esse processo ocorreram muitas reflexões e conseqüentemente deslocamentos na minha atuação enquanto professora de Educação Física na ESF. Compreendi que trabalhar com a Educação Física na perspectiva da aptidão física que se baseia na dimensão biológica e fisiológica, estaria reproduzindo o modelo de atenção à saúde biologicista.

Portanto, procurei atuar com base nos conteúdos das práticas corporais, sem negar os aspectos fisiológicos da prática, buscando articular com as condições sócias- históricas dos usuários (as). Seja nas atividades de grupo, com os elementos da cultura corporal, com o intuito de oportunizar aos usuários (as) as diversas vivências. Assim como as visitas aos diversos setores que ofertavam as práticas corporais para estreitar a comunicação e concomitante proporcionar um encaminhamento seguro dos usuários na rede. Outras atividades importantes foram: articulação da rede desenvolvida em conjunto com o NASF, pois oportunizou aos profissionais das equipes a conhecer a rede de oferta de cuidado do município de Camaçari; A construção e participação das inúmeras reuniões, por entender que são espaços de

disputa de consciência, as quais deram a linha no projeto de saúde do qual se acredita; por fim, a compreensão da importância da participação social que deve perpassar por todo processo de trabalho na saúde.

Enfrentei algumas dificuldades nesse processo da minha formação como, por exemplo, a dificuldade de trabalhar em equipe, pelo fato que alguns profissionais não compreendiam que o papel da Educação Física na ESF não era de agitação para envolver os usuários (as) em uma atividade, até por que essa função quaisquer outros profissionais poderia exercer. Muito menos, responsáveis por toda e quaisquer atividades coletivas nas USF, pois essa era uma habilidade que todos os profissionais que estavam em formação como especialista em saúde da família, deveriam desenvolver, por entender que somente os atendimentos clínicos individuais não dão conta de conter a demanda e de ofertar um cuidado aos usuários (as).

Outro nó crítico que encontrei foi a pouca importância ou a falta de compreensão da equipe sobre o fato da Educação Física também realizar atendimento clínico, o que refletia significativamente nos poucos encaminhamentos, assim como de sermos chamados para dividir a responsabilidade sobre um usuário através de um atendimento compartilhado, domiciliar e etc. Tendo em vista essa questão, e por ser uma das ferramentas que o núcleo tinha pouco traquejo, até por conta da pouca sistematização na literatura, e o que tem produzido é voltado para a prescrição de exercício físico. Essas coisas foram o estopim para que o núcleo de Educação Física se reunisse e começasse a estudar, o que gerou alguns produtos que contribuiu para a mudança do cenário trazido acima.

Portanto, os espaços da residência como, por exemplo, as reuniões de Unidade, de comunidade, de matriciamento, as assembleias de residentes, o contato direto com o usuário (a), e etc. Esses locais se configuravam como estratégico para fazermos a disputa de consciência dos profissionais e usuários (as), com o intuito de que os mesmos, se deslocassem no sentido de compreender que o objeto de estudo e intervenção da Educação Física na saúde extrapola o mercado de consumo vendido pela mídia sobre o corpo nessa sociedade capitalista.

6 REFERÊNCIAS

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Portaria Nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Disponível: http://www.saude.sc.gov.br/PSF/PORTARIAS/2008/republicacao_portaria_154_NASF.pdf. Acesso em 08 de Agosto de 2017, às 20h00min h.

_____. **Ministério da Saúde**. Cadernos de Atenção Básica. Vol. 39. Brasília. 2014.

CARVALHO, Felipe do Carmo de. **A Formação de Professores do Curso de Licenciatura em Educação Física da UEFS e sua relação com o Sistema Único de Saúde**. Monografia - Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), Feira de Santana, 2016.

CARVALHO, Y M de. GOMES, I M. FRAGA, A B. **Políticas de formação em Educação Física e Saúde Coletiva**. Trabalho, Educação e Saúde. Rio de Janeiro, v.10, n.3, p. 367-386, nov. 2012.

CORREA, M V C. **Controle Social na Saúde. Serviço Social e Saúde: Formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2006.

COSTA. **O objeto de intervenção da educação física no campo da saúde**. Anais do XVI Congresso Brasileiro de Ciências do Esporte e III Congresso Internacional de Ciências do Esporte Salvador – Bahia – Brasil 20 a 25 de setembro de 2009.

DUNCAN, BRUCE B. ET. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 4ª edição. Porto Alegre: Artmed, 2013.

FESF. **Projeto Político Pedagógico do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde da Família**. Salvador, 2017.

FRANCO, T. B. **Fluxograma descritor e projetos terapêuticos para análise de serviços de saúde, em apoio ao planejamento: o caso de Luz (MG)**. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2003a.

_____, T.B.; **As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho em Saúde**, in Pinheiro R. e Mattos R.A. (Orgs.) , *Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*; Rio de Janeiro, CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO, 2006.

GONZÁLES, Fernando Jaime. **PRÁTICAS CORPORAIS E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: DESAFIOS PARA A INTERVENÇÃO PROFISSIONAL. Práticas Corporais no Campo da Saúde: uma política em formação [recurso eletrônico] / Ivan Marcelo Gomes, Alex Branco Fraga, Yara Maria de Carvalho, organizadores. – Porto Alegre: Rede UNIDA, 2015.**

LUZ, Madel T. Educação Física e saúde coletiva: papel estratégico da área e possibilidades quanto ao ensino na graduação e integração na rede de serviços públicos de saúde. **FRAGA, Alex e WACHS, Felipe. Educação Física e saúde coletiva: políticas de formação e perspectivas de intervenção. Porto Alegre: Editora UFRGS, 2007.**

MATIELLO JÚNIOR, Edgard; GONÇALVES, Aguinaldo; MARTINES, J.F.N. **Superando riscos na atividade física relacionada à saúde.** Revista Movimento, Porto Alegre, v.14. p.39-61, janeiro/abril de 2008.

OLIVEIRA, Aleciane Rocha de. **Educação Física e a produção do cuidado em saúde no SUS.** Monografia - Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), Feira de Santana, 2016.

ROLIM, L. B; CRUZ, R. S. B. L. C.; SAMPAIO, K. J. A. J. **Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa Saúde em Debate.** Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, p. 139-147, jan./mar. 2013.

ROMEU MENDES ET AL, **Actividade física e saúde pública,** Acta Med Port. 2011; 24 (6):1025-1030.

WILMORE JACK H. ET AL. **Fisiologia do Esporte e do Exercício.** Editora Manole Ltda. São Paulo, ed. 2001.

APÊNDICES

Atendimento de Educação Física

Profissional:		
Caracterização Social		
Nome:		
Data de Nasc.: __/__/__	Idade:	Data do atendimento: __/__/__
TEL.:	CNS.:	ACS:
Equipe:	Prontuário:	
END.:		
Profissão:	Trabalho: Desempregado () Ativa() Licença() Aposentado()	
	Jornada de Trabalho:	
Escolaridade:		
Composição da Familiar:		
Renda Familiar: () menos de 1 () até 1 () 1 a 2 () 2 a 3 () 3 a 4 () Acima de 4		
Avaliação Clínica		
Motivo para consulta:		
Antecedentes Familiares: ()HAS ()Diabetes () Cardiopatias ()Falcemia () Obesidade Outros_____		
Relate antecedentes patológicos (Diabetes, Hipertensão, Asma, Alergias, Cardiopatia, Doenças Sexuais, Anemia):		
Sente algum tipo de dor com regularidade?		
Medicamentos em uso:		
Algum outro tipo de situação de saúde que queira relatar?		
Hábitos de Vida		
Sono (hora/dia/qualidade):		
Fuma ou já fumou? () não () sim Quantidade/dia:_____ Desde:_____		
Abstinência:_____		

Faz uso de bebida alcoólica? () não ()sim Tipo_____ Quantidade_____
Frequência_____

Fez ou faz uso de outros tipos de drogas?

Ritmo Intestinal:

Ingestão Hídrica:

Refeições/dias:

Tempo de Tela:

O que você faz no seu lazer?

Avaliação Clínica Antropométrica

Peso Habitual:

Peso atual:

Altura:

IMC:

Pressão Arterial:

Glicemia (se diabético):

CB:

CTR X:

CC:

CQ:

CAbm:

CPescoço:

Ccoxa:

CPanturrilha:

Contextualização das Práticas Corporais

Relate quais práticas corporais realizou durante a vida?

Quais dessas práticas corporais gostou mais?

Atualmente realiza quais práticas corporais? (frequência, intensidade, horário,)

Quais as dificuldades para realização das práticas corporais?

Orientações:

Ficha de Evolução

Data				
Peso				
IMC				
PA				
CB				
CTrx				
CC				
CQ				
CAbm				
Cpescoço				
Ccoxa				
Cpanturilha				
Sono				
RIN				
Medicamentos				
Dificuldades				
Orientações				